MONOGRAPHIEN ZUR
FRAUENKUNDE UND EUGENETIK,
SEXUALBIOLOGIE UND VERERBUNGSLEHRE
Herausgegeben von Dr. Max Hirsch, Berlin

Nr. 4

Ärztliche Heilkunde
und
Geburtenrückgang

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. A. Grotjahn, Dr. Max Hirsch, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Posner,
Oberregierungsrat Dr. E. Roesle, Dr. Gustav Tugendreich

Herausgegeben von

Dr. Max Hirsch,
Frauenarzt in Berlin



1923

Leipzig . Verlag von Curt Kabitzsch





13

MONOGRAPHIEN ZUR
FRAUENKUNDE UND EUGENETIK,
SEXUALBIOLOGIE UND VERERBUNGSLEHRE
Herausgegeben von Dr. Max Hirsch, Berlin

Nr. 4

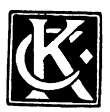
Ärztliche Heilkunde
und
Geburtenrückgang

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. A. Grotjahn, Dr. Max Hirsch, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Posner,
Oberregierungsrat Dr. E. Roesle, Dr. Gustav Tugendreich

Herausgegeben von

Dr. Max Hirsch,
Frauenarzt in Berlin



1 9 2 3

Leipzig . Verlag von Curt Kabitzsch

Druck der Universitätsdruckerei H. Stürtz A.G., Würzburg.

Inhaltsangabe.

Vorwort.

Von

Max Hirsch, Berlin.

Der Geburtenrückgang, mit dessen Beziehung zur ärztlichen Heilkunde wir uns hier zu beschäftigen haben, ist eine Erscheinung, welche fast alle europäischen Kulturländer und auch Amerika und Australien ergriffen hat. In Frankreich hat schon seit der Volkszählung von 1856 die Sorge um den Nachlass der Geburtenhäufigkeit begonnen und viele Untersuchungen und Massnahmen wissenschaftlicher und gesetzgeberischer Art hervorgerufen. In Zolas vor 25 Jahren erschienenem Roman „Fécondité" ist das ganze Problem in breiter Ausführung aufgerollt worden. In Deutschland hat zum erstenmal im Jahre 1909 der Münchener Nationalökonom Brentano, fussend auf den statistischen Arbeiten von Prinzing und Mombert, darauf hingewiesen und vor der Gefahr gewarnt. Ihm ist Oldenberg im Jahre 1911 gefolgt. In demselben Jahre habe ich selbst mich im Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie in einem Aufsatz: „Der Geburtenrückgang, seine Ursachen und die gesetzgeberischen Massnahmen zu seiner Bekämpfung" eingehend zu der Frage geäussert. Das war die erste ärztliche Stellungnahme zu dem Problem. 1912 erschien das Werk des Nationalökonomen Julius Wolf über den Geburtenrückgang und die Rationalisierung des Geschlechtslebens unserer Zeit. 1913 meine Monographien über „Fruchtabtreibung, Präventivverkehr und Geburtenrückgang". 1914 die Werke von Gruber: Ursachen und Bekämpfung des Geburtenrückganges im deutschen Reich; Grotjahn: Geburtenrückgang und Geburtenregelung im Lichte der individuellen und sozialen Hygiene; und Grassl: Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Ursachen und seine Bedeutung. Seitdem ist die Literatur über diesen Gegenstand erheblich angewachsen.

Aber die Teilnahme der medizinischen Wissenschaft und des Ärztestandes ist doch recht spät erwacht. Erst die Nöte des Krieges, die ungeheuren Verluste an Menschenleben, welche der Krieg verursacht hat, und welche unter Berücksichtigung des Geburtenausfalles, der Sterblichkeit beim Heere und in der Zivilbevölkerung auf ungefähr 7 Millionen zu veranschlagen sind, dazu die voraussichtlichen Verluste durch Auswanderung, welche auf 5 Millionen geschätzt werden, sowie endlich die höchst bedenklichen Einwirkungen der Hungerblockade auf die Gesundheit des Volkes und die unverkennbar alle Volkskreise ergreifende Neigung der absichtlichen Einschränkung der Kinderzahl, welche in Fruchtabtreibung und Präventivverkehr ihren Ausdruck finden, haben die Ärzteschaft auf den Plan gerufen und haben das fertig gebracht, was die Mahnrufe der genannten Autoren vorher nicht vermocht hatten. In der Nachkriegszeit haben sich mehrfach ärztliche Gesellschaften mit der Frage des Geburtenrückganges beschäftigt, und erst vor kurzem hat die Berliner medizinische Gesellschaft im Anschluss an einen Vortrag von Lazarus über „Arzt und Volkserneuerung" verhandelt. In diesen Aussprachen haben nationalökonomische Fragen wie Siedelungswesen, Auswanderung, Steuerwesen, Besoldung, Erziehungsbeihilfen, Mutterschaftsversicherung, Fragen des Erbrechts und Familienrechts, Behandlung der Unehelichen eine grosse Rolle gespielt. Es ist gewiss wichtig zu wissen, dass für Zigaretten und Tabak mehr als 15 Milliarden, für alkoholische Getränke mehr als 40 Milliarden im Jahre ausgegeben werden. Es ist auch wichtig, dass durch rationelle Landwirtschaft die teuere Einfuhr ausländischen Getreides vermieden, und die Ernährung der Bevölkerung aus dem Lande erreicht werden kann. Alle diese Dinge sind gewiss bedeutungsvoll für die Bekämpfung des Geburtenrückganges, und es ist gut, dass auch der Arzt von ihnen weiss. Aber mit ihnen kann der Arzt in der Ausübung seines Berufes herzlich wenig anfangen, er hat keine berufsmässige Möglichkeit, auf sie Einfluss auszuüben und durch sie an der Bekämpfung des Geburtenrückganges sich zu beteiligen. Sie gehören in das Gebiet der Bevölkerungspolitik.

Dagegen ist kaum die Rede gewesen in all diesen Verhandlungen von den Möglichkeiten, wie der Arzt selber in Ausübung seines Berufes den Geburtenrückgang bekämpfen kann. Von diesen Möglichkeiten und nur von ihnen soll in diesen Blättern die Rede sein.

Gewiss ist es richtig, dass das ärztliche Wirken in seiner Gesamtheit, dass ärztliche Prophylaxe und Therapie, dass alle Mittel der individuellen und sozialen Hygiene, dass Wohnungswesen und Städtebau, Ernährung, Gewerbehygiene und Seuchenbekämpfung

letzten Endes auch der Volkserneuerung dienen. Aber von diesen Dingen soll hier nicht gesprochen werden. Was uns hier beschäftigt, ist die Frage, welche Mittel dem Arzt zur Verfügung stehen, um auf Zeugung, Fortpflanzung und Aufwuchs nach Zahl und Art Einfluss zu gewinnen, oder mit anderen Worten, um die Hemmungen zu beseitigen, welche diesen Dingen entgegenstehen. Es handelt sich hier um eine rein medizinisch-wissenschaftliche und ärztlich praktische Betrachtungsweise.

Die höchsten Tugenden und Leistungen sind nicht imstande, einem Volke die Zukunft zu sichern, wenn die Reproduktionskraft der Menschen erlahmt, wenn der Nachwuchs ausbleibt, der das reiche Erbe verwaltet und vermehrt.

Von der Fortpflanzungskraft und dem Zeugungswillen der Menschen hängt die Existenz eines Volkes ab. In ihnen ruht die Bürgschaft für seine Zukunft.

Das deutsche Volk in seiner jetzigen Lage bedarf zum Wiederaufbau seiner Lebenskraft mehr als je Verantwortung bewusster Führer. Sache des Ärztestandes ist es, dieses Zeichen der Zeit zu erkennen. Ich gebe der Hoffnung Ausdruck, dass diese Schrift einen Ansporn zu tätiger Mitarbeit der deutschen Ärzteschaft an der Erneuerung der Volkskraft geben wird.

Die Tatsachen des Geburtenrückganges.

Von

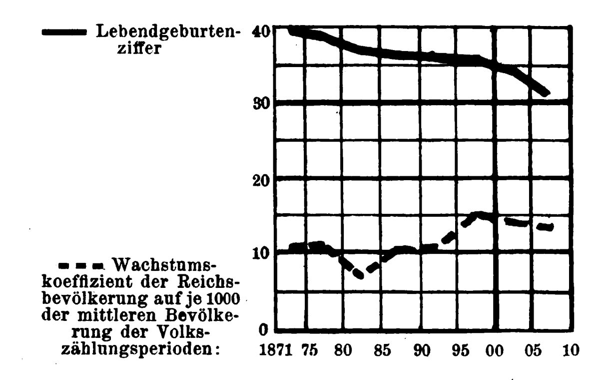
Dr. med. **E. Roesle**, Berlin.

Von allen demographischen Problemen, welche die intensive Entwicklung der Bevölkerung während der letzten Jahrzehnte mit sich brachte, beschäftigte die Allgemeinheit am meisten die Frage des Geburtenrückganges. Während der gleichzeitige Rückgang der Sterblichkeit als etwas Selbstverständliches angesehen wurde, versuchte man in meist völliger Verkennung des Zusammenhanges der verschiedenen demographischen Erscheinungen alle irgendwie nur möglichen Gründe als die Ursachen des Geburtenrückganges ausfindig zu machen. Wie mit einem Schlage verstummte jedoch sogleich mit Ausbruch des Krieges die weitere Erörterung dieser Frage, da es müssig erschien, angesichts des handgreiflich gewordenen Kampfes ums Dasein der Kulturnationen sich theoretischen Erwägungen hierüber hinzugeben. Die bittere Not, welche mit der Blockade das deutsche Volk befiel, liess die Bevölkerungsfrage in einem ganz anderen Lichte als vor dem Kriege erscheinen; die Tatsache der Abhängigkeit der Bevölkerungszahl von dem Nahrungsspielraum drängte sich immer deutlicher auf und die Ernährungsfrage rückte infolgedessen in den Vordergrund. Der Krieg hat gelehrt, dass es leichter ist, ein tapferes Volk durch Hunger als durch Waffengewalt zu besiegen. Der unzureichende Nahrungsspielraum in dem eigentlichen Sinne dieses Wortes ist dem deutschen Volke zum Verhängnis geworden.

In Anbetracht dieses uns immer deutlicher vor Augen tretenden Missverhältnisses zwischen Bevölkerungszahl und Nahrungsspielraum, das sich durch die Abtretung verhältnismässig dünn bevölkerter Gebiete nach dem Kriege noch weiter gesteigert hat — indem im Deutschen Reiche nach seinem Gebietsstand bei der Volkszählung im Jahre 1919 128 Einwohner (ohne die inzwischen zurückgekehrten deutschen Kriegsgefangenen) gegen 125 im Jahre 1910

auf 1 qkm trafen —, ist es menschlich begreifbar, dass sowohl der Geburtenausfall als auch die Sterblichkeitsverluste während des Krieges mit einer gewissen Indolenz hingenommen wurden und die Anschauungen über die Volksvermehrung jetzt viel geteilter sind als vor dem Kriege. In letzterer Hinsicht haben ausserdem einerseits die nach dem Kriege einsetzende Wohnungsnot, andererseits die anschwellende Auswanderung beigetragen.

Obgleich die Bevölkerung des Deutschen Reichs gegenwärtig numerisch geringer ist als vor dem Kriege, hat, wie eben erwähnt, die Bevölkerungsdichtigkeit zugenommen. Die Zunahme der Bevölkerungszahl und damit der Bevölkerungsdichtigkeit war bisher am stärksten während der Volkszählungsperioden in dem Zeitraum von 1895 bis 1910, also zur Zeit des intensivsten Geburtenrückganges. Es wäre daher falsch, die Volksvermehrung allein nach der Höhe der Geburtenziffer oder dem Geburtenüberschusse beurteilen zu



wollen; denn sie ist nicht allein vom letzteren sondern auch von der Wanderungsbilanz abhängig. Auf diese Tatsache muss jetzt um so mehr hingewiesen werden, als nach dem Kriege eine heftige Wanderungsbewegung im Reiche einerseits durch die Zuwanderung aus den abgetretenen Gebieten und den östlichen Ländern, andererseits durch die Auswanderung in fremde Länder einsetzte.

Da in der bisherigen Literatur über den Geburtenrückgang auf die Beziehungen des Verlaufs der Geburtenziffer zu der tatsächlichen Volksvermehrung, d. h. zu dem eigentlichen Wachstumskoeffizienten der Bevölkerung während der einzelnen Volkszählungsperioden, so gut wie gar keine Rücksicht genommen ist, dürfte es von Interesse sein, den Verlauf dieser beiden Ziffern für das Deutsche Reich während des Zeitraumes 1871 bis 1910 zu verfolgen; denn ohne die Kenntnis dieser Grundlagen kann

ein so schwieriges bevölkerungsstatistisches Problem wie das des Geburtenrückganges nicht in Angriff genommen werden.

Wie aus dem nebenstehenden Diagramm ersichtlich ist, folgte auf die erste Periode des Geburtenrückganges von der Volkszählungsperiode 1871—1875 bis zur Volkszählungsperiode 1881—1885 ein nahezu anhaltender Stillstand der Geburtenziffer bis gegen Ende des vorigen Jahrhunderts, worauf dann erst der eigentliche Geburtenrückgang in dem ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts einsetzte. Die erste Periode des Geburtenrückganges war insofern ohne Bedeutung, als es sich hierbei nur um eine Rückkehr der nach dem Kriege 1870/71 ungewöhnlich angestiegenen Geburtenziffer zu ihrer früheren Höhe handelte; denn vor jenem Kriege, d. h. in dem Jahrzehnt 1861—1870 war die Geburtenziffer im Deutschen Reich mit 37,2 auf je 1000 Einwohner ebenso gross wie während der Volkszählungsperiode 1881—1885 mit 37,0. Verfolgt man die seit dem Jahre 1841 vorliegende Reichsgeburtenziffer noch weiter zurück, so findet man, dass sie ehedem sogar noch niedriger gewesen war als in den beiden letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts.

Um so mehr trat daher der anhaltende und intensive Geburtenrückgang, der mit Beginn des neuen Jahrhunderts einsetzte, in Erscheinung, zumal da zugleich mit ihm sich eine, wenn auch nur geringe Verminderung der Geburtenüberschussziffer und des Wachstumskoeffizienten der Bevölkerungszahl, wie die untere Kurve zeigt, bemerkbar machte. Die letztere Tatsache erscheint jedoch in einem ganz anderen Lichte, wenn man die Kurve des Wachstumskoeffizienten zurückverfolgt; denn der Wachstumskoeffizient war bisher nur einmal grösser als in den beiden ersten Volkszählungsperioden dieses Jahrhunderts, nämlich in der Volkszählungsperiode 1895—1900, in welcher er 15,1 auf je 1000 der mittleren Bevölkerung betrug. Zur Würdigung dieser maximalen Ziffer muss bemerkt werden, dass eine derartig starke Bevölkerungszunahme in den europäischen Ländern bisher nur vereinzelt vorgekommen ist und die Zunahme infolge Geburtenüberschusses im Deutschen Reich überhaupt noch nie diese Ziffer in den bisherigen Volkszählungsperioden erreicht hat. Das Zustandekommen dieser hohen Ziffer ist nämlich darauf zurückzuführen, dass während jener Periode zum erstenmal ein W a n d e r u n g s ü b e r s c h u s s im Deutschen Reich eingetreten ist und infolgedessen der gesamte Geburtenüberschuss im Lande verblieben ist. Die Zunahme infolge Wanderungsgewinnes war jedoch nur von kurzer Dauer; schon in der nächsten Volkszählungsperiode 1900—1905 ermässigte sie sich um die Hälfte, indem sie von 0,35 auf je 1000 der mittleren Bevölkerung der Volkszählungsperiode

1895—1900 auf 0,18 bei der gleichen Berechnung für die Volkszählungsperiode 1900—1905 fiel, während in der Volkszählungsperiode 1905—1910 wiederum ein Wanderungsverlust eintrat. Die den besonders günstigen wirtschaftlichen Verhältnissen während der Volkszählungsperiode 1895—1900 zu verdankende maximale Bevölkerungszunahme kann daher nicht als die Norm der Zunahme der deutschen Bevölkerung angesehen werden; vielmehr muss es als selbstverständlich erachtet werden, dass sich die Bevölkerungszunahme in der nachfolgenden Zeit, in welcher die wirtschaftlichen Verhältnisse ungünstiger waren, wieder abflachte.

Welchen nachteiligen Einfluss der Wanderungsverlust auf die Entwicklung der deutschen Bevölkerung ausübte, kann man aus dem Missverhältnis zwischen der Geburtenziffer und der tatsächlichen Bevölkerungszunahme in den früheren Volkszählungsperioden ersehen; denn die Schwankungen der letzteren Ziffer sind weniger auf die Veränderungen des Geburtenüberschusses als auf die des Wanderungsverlustes zurückzuführen. Letzterer war während der Volkszählungsperiode 1880—1885 mit 4,3 auf je 1000 der mittleren Bevölkerung jener Periode am grössten; in absoluten Zahlen ausgedrückt betrug er während jener Zeit 980 000, d. h. nahezu ein Drittel des Geburtenüberschusses jener Volkszählungsperiode. Infolgedessen war auch die tatsächliche Bevölkerungszunahme mit 7,0 auf je 1000 während jener Zeit die geringste seit der Gründung des Deutschen Reichs. Diese Tatsache lehrt, dass sich die Bevölkerungszunahme nicht dem Geburtenüberschuss anzupassen vermag, wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse, die bekanntlich damals besonders ungünstig waren, eine grössere Bevölkerungszunahme nicht erlauben.

Wenn wir nun einen Blick auf die Bevölkerungsentwicklung der einzelnen deutschen Landesteile werfen, so können wir erkennen, dass nur der Übergang vom Agrarstaat zum Industriestaat Deutschland vor weiterem Wanderungsverlust rettete. Von den 40 grösseren Landesteilen, d. h. von den 26 ehemaligen Bundesstaaten und den 14 preussischen Provinzen, wiesen 22 während der einzelnen Volkszählungsperioden des Zeitraumes 1871 die 1910 beständig einen Wanderungsverlust auf. Die Menschenproduktion war also in diesen Landesteilen zu gross, um den gesamten Geburtenüberschuss im Lande zu behalten. Zu diesen Landesteilen gehören die preussischen Provinzen Ostpreussen, Westpreussen, Pommern, Posen, Schlesien, Sachsen, Hannover und Hohenzollern, ferner Bayern, Württemberg, die beiden Mecklenburg, fünf thüringische Staaten, Anhalt, Waldeck, Schaumburg-Lippe, Lippe

und Elsass-Lothringen. Könnte man die Angaben für Schlesien nach der jetzigen Einteilung in Ober- und Niederschlesien trennen, so dürfte sich wohl ein wesentlicher Unterschied zwischen diesen Angaben ergeben. Im Übrigen kann man sagen, dass es sich hauptsächlich um industriearme Landesteile handelt, deren Bevölkerungskapazität bisher stets viel geringer war als ihre Menschenproduktion.

Mit welchen abnormen Verhältnissen man hier zu rechnen hat, zeigen beispielsweise die Angaben für das Domänenland Anhalt. Dort betrug die Geburtenziffer für die Volkszählungsperiode 1905 bis 1910 28,9, die tatsächliche Bevölkerungszunahme während der gleichen Zeit dagegen nur 1,9 auf je 1000 der mittleren Bevölkerung; fast die gesamte Bevölkerungszunahme infolge Geburtenüberschusses, nämlich 12,2, ging durch den gleichzeitigen Wanderungsverlust, nämlich 10,3 auf je 1000, wieder verloren.

Den 22 Landesteilen mit beständigem Wanderungsverlust stehen 15 Landesteile gegenüber, die während des Zeitraumes 1871 bis 1910 teils einen Wanderungsverlust teils einen Wanderungsgewinn zu verzeichnen hatten. Unter diesen Landesteilen befinden sich die industriereichen preussischen Provinzen Westfalen und Rheinprovinz, welche beide ebenso wie Brandenburg während der Volkszählungsperioden 1875—1880 und 1880 bis 1885 einen Wanderungsverlust aufzuweisen hatten. Diese Tatsache deutet uns an, wie die Entwicklung der deutschen Bevölkerung vor sich gegangen wäre, wenn seine Hauptbeschäftigung die Landwirtschaft geblieben wäre. Im Gegensatz hiervon finden wir in dem früher geburtenreichsten deutschen Land, dem ehemaligen Königreich Sachsen, bis zur Volkszählungsperiode 1895—1900 mit Ausnahme der Periode 1875—1880 stets einen nicht unbeträchtlichen Wanderungsgewinn, an dessen Stelle jedoch in den Volkszählungsperioden 1900—1905 und 1905—1910, also zur Zeit des intensivsten Geburtenrückganges, ein Wanderungsverlust getreten ist. Das Zusammentreffen dieser beiden Erscheinungen gewinnt dadurch an Bedeutung, dass Sachsen das am dichtesten bevölkerte grössere Land Europas ist — mit 321 Einwohner pro qkm im Jahre 1910 — und hierdurch angezeigt wird, dass dem ungestümen Bevölkerungswachstum auch in einem Industrielande eine Grenze gezogen ist. In den übrigen Landesteilen dieser Kategorie herrschte mit Ausnahme von Bremen und Braunschweig der Wanderungsverlust vor.

Die dritte und kleinste Gruppe bilden die 3 Landesteile mit beständigem Wanderungsgewinn, das sind die städtischen Landesteile Berlin, Hamburg und Lübeck. Berlin hatte zwar

während der Volkszählungsperiode 1905—1910 zum erstenmal einen Wanderungsverlust zu verzeichnen, der jedoch nur ein scheinbarer war und auf die Abwanderung in die Vororte zurückzuführen ist.

Zählt man schliesslich die Landesteile mit Wanderungsgewinn und die mit Wanderungsverlust zusammen, so ergibt sich, dass die Wanderungsbilanz im Durchschnitt der 8 Volkszählungsperioden während der Zeit von 1871—1910 in 10 Landesteilen mit Gewinn und in 30 Landesteilen mit Verlust abgeschnitten hat. Wenn auch ein Teil dieses Verlustes anderen deutschen Landesteilen zugute kam, müssen wir den grösseren Teil nach Lage der gegenwärtigen Verhältnissen in unser nationales Verlustkonto eintragen; denn durch den Wanderungsverlust während des Zeitraumes 1871—1910 gingen dem Deutschen Reiche nach Abzug des Wanderungsgewinnes während der Volkszählungsperioden 1895—1900 und 1900—1905 rund $2^1/_2$ Millionen seiner Bevölkerung verloren.

Nur die völlige Ausseraclitlassung der Wanderungsbewegung als Faktor der Bevölkerungsentwicklung konnte zu der irrtümlichen Auffassung führen, dass durch eine hohe Geburtenziffer auch eine starke Bevölkerungszunahme erzielt werden könne. Wir haben eine hohe Geburtenziffer in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts gehabt, jedoch verlief die tatsächliche Bevölkerungszunahme geradezu entgegengesetzt jener Ziffer. Schon nach Ablauf eines Jahres war in der Regel ein Viertel aller Lebendgeborenen weggestorben und nahezu die Hälfte aller Gestorbenen machten die gestorbenen Kinder unter fünf Jahren aus. Diese eines Kulturvolkes unwürdigen und unrationellen Verhältnisse fingen erst mit Beginn dieses Jahrhunderts an sich wesentlich zu verbessern, indem die Sterblichkeit während der Zeit von 1901—1913, wie ich an anderer Stelle nachgewiesen habe, stärker als in allen europäischen Staaten sich verminderte. Kein Wunder, dass mit dem zunehmenden Prozentsatz der überlebenden Kinder gleichzeitig die Geburtenziffer ebenfalls zu sinken begann. Dieser Prozess ist eine Forderung der zunehmenden Kultur und jedes Kulturvolk muss diesen Prozess durchlaufen.

Inmitten dieser Bewegung brach der Krieg aus. Sein unheilvoller Einfluss auf die Bewegung der Bevölkerung ist bekannt. An Stelle des bis dahin noch stattlichen Geburtenüberschusses trat in den drei letzten Kriegsjahren ein Überschuss der Sterbefälle über die Geburten. Der Geburtenausfall war im Jahre 1917 am grössten, die Reichs-Geburtenziffer sank in diesem Jahre auf 13,9, welche niedrige Ziffer nur noch von derjenigen Frankreichs, wo sie im Jahre 1916 sogar auf 9,4 gesunken war, und von derjenigen Belgiens mit 11,4 im Jahre 1918 unterboten wurde. Nach dem Kriege ein

ganz verändertes Bild. Die Geburtenziffer Deutschlands war mit 26,8 im Jahre 1920 die höchste von allen am Kriege beteiligten Ländern, wenn man hierbei von der Geburtenziffer Schottlands mit 28,1 absieht. Für das Jahr 1921 liegen bis jetzt nur die Reichsziffern für die drei ersten Vierteljahre vor, und zwar betrug die Geburtenziffer (einschliesslich der Totgeborenen) im Deutschen Reich (ohne Württemberg und beide Mecklenburg) auf je 1000 der mittleren Bevölkerung

im	I. Vierteljahre 1921	27,9
„	II. „ „	26,3
„	III. „ „	25,4

Diese Ziffern lassen, wie zu erwarten war, eine erneute Abnahme der Geburtenziffer erkennen, jedoch darf auf Grund der für das vierte Vierteljahr 1921 bereits vorliegenden Geburtenziffer der deutschen Orte mit 15 000 und mehr Einwohnern eine geringe Zunahme im letzten Vierteljahre angenommen werden [1]).

Der Ausfall der Geburten in den Kriegsjahren und der damit verbundene Ausfall von Sterbefällen im Säuglings- und Kleinkindesalter haben bewirkt, dass die Mehrsterblichkeit der Zivilbevölkerung jenseits dieses Alters numerisch fast völlig ausgeglichen worden ist. Die 800 000 Opfer, welche die Blockade gefordert haben soll, treten nämlich bei der Betrachtung der Gesamtzahl der Sterbefälle unter der Zivilbevölkerung während der Kriegsjahre nicht in Erscheinung; denn ihre Berechnung beruhte auf der missverstandenen Voraussetzung, dass die Zahl der Lebendgeborenen und die der Sterbefälle im ersten Lebensjahre in den Kriegsjahren die gleiche geblieben ist wie im Jahre 1913. In Wirklichkeit war die Zahl der Sterbefälle ohne die Kriegsverluste fast in jedem Kriegsjahre die gleiche, nämlich rund 1 Million, indem die zunehmende Zahl der Sterbefälle der Übereinjährigen durch die abnehmende Zahl der Sterbefälle der Untereinjährigen ausgeglichen wurde; nur in dem Influenzajahre 1918 stieg sie auf $1^1/_4$ Million an und diesem Anstieg um $^1/_4$ Million entspricht genau die Zahl der Opfer der Influenzaepidemie jenes Jahres. Jenes Jahr war das ungünstigste Sterbejahr während des Krieges; denn mit Einschluss der gestorbenen Militärpersonen zählte man rund 1 606 000 Sterbefälle (ohne Totgeborene) oder 24,7 auf je 1000 der mittleren Bevölkerung jenes Jahres. Selbst diese maximale Sterbeziffer nimmt

[1]) Anmerkung bei der Korrektur. Die inzwischen festgestellte Reichs-Geburtenziffer für das IV. Vierteljahr 1921 betrug 25,2, für das ganze Jahr 1921 26,1.

sich jedoch noch sehr bescheiden aus, wenn man sie mit der Sterbeziffer der Reichsbevölkerung in früheren Jahren vergleicht; denn bis zum Jahre 1886 war diese stets höher als im Jahre 1918. Mehr Opfer, als im Verhältnis zur Bevölkerung der schwerste Krieg und die verheerendste Seuche der letzten Jahrzehnte im Jahre 1918 gekostet hat, hatte in früheren Jahren die Säuglings- und Kindersterblichkeit im Deutschen Reiche gefordert; denn auf deren ausserordentlichen Höhe muss die hohe Sterblichkeit in früherer Zeit zurückgeführt werden. Mit solchen schweren Opfern musste früher der Geburtenüberschuss erkämpft werden, der trotz der hohen Geburtenziffer jener Zeit weit hinter dem später mit niedriger Geburtenziffer erzielten Geburtenüberschusse zurückgeblieben ist.

Es ist klar, dass eine derartige Verschwendung von Menschenmaterial uns in heutiger Zeit zum Ruin führen müsste; denn die Erzeugung von Kindern hat, vom nationalökonomischen Standpunkt aus betrachtet, nur dann einen Sinn, wenn möglichst viele am Leben und im Lande verbleiben. Nicht auf die Masse der Geborenen kommt es an, sondern darauf, dass gesunde und lebenskräftige Kinder geboren und aufgezogen werden. Wir sind hierzu auf bestem Wege. Die während des Krieges einsetzende Verminderung der Säuglingssterblichkeit hat auch nach dem Kriege trotz der Verdoppelung der Geburtenziffer gegenüber den Kriegsjahren weiter angehalten. Diesem Umstand haben wir es zu verdanken, dass wir im Jahre 1921 die niedrigste bisher im Reiche beobachtete Gesamtsterbeziffer mit weniger als 14 Sterbefällen auf je 1000 der Bevölkerung verzeichnen können. Nur *der* Geburtenüberschuss hat einen ökonomischen Wert, der seine Entstehung einer niedrigen Sterbeziffer verdankt. Von der Grenze der letzteren sind wir noch immer weit entfernt; denn es ist ein noch immer sehr erheblicher Teil der Gestorbenen, der im vorzeitigen Alter hinwegstirbt.

Eine andere Frage wird die sein, ob es in Zukunft möglich sein wird, den bei geringerer Geburten- und Sterbeziffer erzielten *Geburtenüberschuss* dem Reiche *zu erhalten*. Diese Frage ist eine reine Zukunftsfrage und ihre Lösung kann sich erst aus der zukünftigen Gestaltung unserer wirtschaftlichen Lage ergeben. Gegenwärtig treten die grossen, anfangs dieses Jahrhunderts erzielten Geburtenüberschüsse in das erwerbstätige Leben, deren Unterbringung bei normalem Altersaufbau der deutschen Bevölkerung ernstliche Schwierigkeiten bereitet haben würde; denn die *Altersklasse der Jugendlichen* ist gemäss dem im Verhältnis zu den übrigen Altersklassen ihr zukommenden Anteil an der Gesamtbevölkerung gegenwärtig *überzählig*. Wie die Bevölkerungs-

statistik lehrt, duldet der streng gegliederte Organismus eines Volkes keine derartige Überzähligkeit, sondern stösst sie ab. Da jedoch infolge der Kriegsverluste der deutsche Volkskörper eine schwere Einbusse in den erwerbstätigen Altersklassen erfahren hat, kommt die Überzähligkeit der Jugendlichen, dadurch dass sie die vorhandenen Lücken ausfüllen, dem Volkskörper nur zu Nutzen.

Die demographischen Bedingungen zum Wiederaufbau der deutschen Bevölkerung sind, wie wir gesehen haben, erfüllt: ein starker Wiederanstieg der Geburtenziffer, höher als in anderen Ländern, eine niedrigere Sterbeziffer als je zuvor und dadurch ein staatlicher Geburtenüberschuss, dazu eine Überzahl von Jugendlichen, die berufen sind, eine neue Bevölkerungswelle zu erzeugen und dadurch die durch den Geburtenausfall während des Krieges und die Kriegsverluste verursachten Lücken in der Zusammensetzung der deutschen Bevölkerung wieder auszubauen.

Arzt und Fürsorgestelle.

Von

Dr. **G. Tugendreich,** Berlin.

Die Ursachen des Geburtenrückganges kann man in freiwillige und unfreiwillige teilen. Die freiwillige ist die künstliche Beschränkung der Geburten sei es durch Verhütung der Konzeption, sei es durch Unterbrechung der Schwangerschaft. Die unfreiwillige Ursache des Geburtenrückganges gründet sich auf der körperlichen Unfähigkeit zu zeugen oder zu gebären.

Es soll hier nicht untersucht werden, welcher dieser beiden Ursachengruppen die grössere Bedeutung für den Rückgang der Geburtenziffer zukommt. Einwandfreie Statistiken darüber dürften kaum vorliegen. Doch kann man wohl behaupten, dass es, wenigstens für absehbare Zeit, aussichtsreicher sein dürfte, die unfreiwilligen Ursachen zu bekämpfen, als die freiwilligen, gegen die durch Massnahmen der Sozialpolitik, der Ethik, der Pädagogik angegangen werden muss.

Die unfreiwilligen Ursachen des Geburtenrückganges sind krankharte körperliche Zustände, die beim Manne zur Impotenz bzw. Azoospermie führen, beim Weibe zu Veränderungen der Geschlechtsorgane, die die Konzeption bzw. die Gebärfähigkeit erschweren oder aufheben; oder es sind solche Krankheiten, die zu Fehl-, Früh- oder Totgeburten führen.

In erster Reihe sind hier die Geschlechtskrankheiten zu nennen. Der Tripper führt beim Manne durch Erkrankung des Nebenhodens, der Prostata und der wichtigen Gebilde des Colliculus zur Impotenz, zur Azoospermie, zur Ejaculatio praecox, beim Weibe zur Verklebung der Tuben, zur Eierstocksentzündung und zu anderen Affektionen, die die Konzeption oder das Austragen des Kindes erschweren oder gar verhindern.

Die Syphilis überträgt sich auf den Fötus und hindert oder erschwert das Austragen bzw. die Lebensfähigkeit der Leibesfrucht.

Demnach werden alle Massnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auch zur Hebung der Geburtenziffer beitragen.

Unter diesen Massnahmen stehen mit an erster Stelle die Fürsorge- und Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Die Fürsorgestellen erblicken ihre eigentliche Aufgabe in der Vorbeugung (Prophylaxe). Eine zweckmässig arbeitende Fürsorge für Geschlechtskranke wird auch alle Mittel zur Verhütung der Ansteckung propagieren, sie wird dadurch, dass Gefährdete sich an sie wenden, durch Prohibitivkuren, durch rechtzeitige und gründliche Behandlung zur Verhütung jener die Geburtenziffer herabsetzenden Folgezustände erheblich beitragen.

Einen nicht geringen Anteil an dem unfreiwilligen Ursachenkomplex des Geburtenrückgangs hat ferner die Neuro- und Psychopathie, die beim Manne nicht selten zur psychischen Impotenz, bei der Frau zur Frigidität führen. Die Fürsorge für diese Zustände befindet sich noch im Anfangsstadium. An ihrer Wirksamkeit zweifeln die Fachleute nicht.

Von unmittelbarer Bedeutung für unsere Frage ist die Schwangerenfürsorge. Sie verringert einmal durch ihre rechtliche und wirtschaftliche Fürsorge und Beratung die Zahl der Fruchtabtreibungen, sie erkennt sodann durch ihre ärztliche Beratung frühzeitig krankhafte Vorgänge (pathologische Kindslagen usw.), die ohne Behandlung zu Früh- bzw. Totgeburten führen oder zu so schweren Geburtsschädigungen des Kindes, dass es wenige Tage nach der Geburt stirbt.

Die übrigen Arten der Fürsorgestellen, wie Säuglings- und Kleinfürsorgestellen, Tuberkulosefürsorgestellen usw. können zwar nicht unmittelbar zur Erhöhung der Geburtenziffer beitragen, wenn man diese Ziffer auf die jeweilige zeugungs- und gebärfähige Bevölkerung bezieht. Das Ziel dieser Fürsorge, insbesondere der gesamten Jugendfürsorge, ist doch aber die grösstmögliche Zahl der Kinder gesund in die Altersklassen der Erwachsenen hinüberzubringen. An dem Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit hat diese Fürsorge grossen Anteil. Vergleicht man die gegenwärtige Säuglingssterblichkeit Deutschlands mit der in den nordischen Ländern oder der Frankreichs, so sieht man, dass in Deutschland anteilmässig noch fast doppelt soviel Säuglinge sterben wie in jenen Ländern, wo nur 6—7 % der Lebendgeborenen im ersten Lebensjahre sterben und

nicht wie in Deutschland 12—14%. Gelingt es also, die deutsche Säuglingssterblichkeit auf den niedrigen Stand jener Länder herabzudrücken, so wird, wenn auch nicht der ganze, so doch ein grosser Teil der Kinder, die über den jetzigen Stand hinaus das 1. Lebensjahr überleben, gesund in das zeugungsfähige Alter gelangen und dann zur Hebung der Geburtenziffer beitragen. Den Berechnungen Grassls, Grotjahns u. a. über die von jedem Ehepaar zu liefernde Durchschnittszahl von Kindern liegt ja das gegenwärtige Verhältnis von Geburts- und Sterblichkeitsziffer zugrunde. Dies Verhältnis kann für lange Zeit noch durch Verbesserung unserer Sterblichkeit günstiger gestaltet werden. In der Bekämpfung der zur Impotenz und Unfruchtbarkeit führenden Krankheiten, in der Verbesserung unserer Sterblichkeitsziffer haben wir ein gutes Mittel, das Verhältnis von Geburtigkeit und Sterblichkeit günstig zu gestalten. Dieser Weg scheint fürs erste noch, wie gesagt, aussichtsvoller als der andere, der die freiwillige Beschränkung der Kindszeugung regeln will. —

Aus dem eben Dargelegten erhellt auch für unser heutiges Thema die grosse Bedeutung der sozialhygienischen Fürsorge, die die breiten Massen am besten durch die Fürsorgestellen erfasst. Deshalb sei auch an dieser Stelle dem Bedauern, ja Befremden darüber Ausdruck gegeben, dass die wirtschaftlichen Organisationen der Ärzteschaft vielerorts gegen diese Fürsorgestellen — aus wirtschaftlichen Gründen — angehen.

Aus der Befürchtung heraus, dass diese Fürsorgestellen die Ärzte wirtschaftlich schädigen können, möchte man am liebsten jede ärztliche Arbeit in der Fürsorgestelle ausgeschaltet sehen. So bedeutsame sozialhygienische Aufgaben, wie wir auch unter dem Gesichtswinkel des heutigen Themas den Fürsorgestellen zuweisen mussten, lassen sich aber nur dann erfüllen, wenn diese Fürsorgestellen ärztlich geleitet werden und wenn diesen Stellen ihr Wirkungskreis nicht zu eng gezogen wird.

Über Regeln zur menschlichen Fortpflanzung.

Von

Prof. Dr. **A. Grotjahn,** Berlin.

Die Gefahren sind nicht zu unterschätzen, die die Einbürgerung der Präventivmittel herbeizuführen droht. In der Tat kann durch ihre Einbürgerung der Fortbestand ganzer Völker in Frage gestellt, in jedem Falle aber eine Überflügelung durch unkultiviertere Nachbarvölker in drohende Nähe gerückt werden. Deshalb ist die Ansicht um das Wohl des Volksganzen Besorgter, dass es besser gewesen wäre, die Präventivmittel wären nie erfunden oder ihre Verbreitung wäre im Keime erstickt worden, nicht ganz unverständlich. Aber aus einer voraussetzungslosen Betrachtung der Präventivtechnik und ihrer allgemeinen Verbreitung geht hervor, dass diese Klage zu spät kommt und deshalb unfruchtbar ist; denn die Präventivmittel sind bereits Allgemeingut der Bevölkerung geworden, und ihre Verbreitung kann durch kein Mittel mehr hintangehalten und verlangsamt werden. Dazu kommt, dass die Prävention auch vom Standpunkte der Medizin und namentlich von dem der Eugenik gar nicht entbehrt werden kann, weil allein sie die Mittel gewährt, unzeitgemässe oder als minderwertig zu erwartende Früchte zu verhindern. Hier liegt also ein Zwiespalt vor zwischen den Bedürfnissen des einzelnen Paares, das sich die technisch gegebene Möglichkeit der Geburtenregelung nicht nehmen lassen wird, und dem sozialen und nationalen Interesse, das unter allen Umständen einen Bevölkerungsauftrieb, über dessen Grösse man allerdings verschiedener Ansicht sein kann, verlangt. Dieser Zwiespalt kann nur durch einen Ausgleich überbrückt werden, der beiden Teilen sein Recht gibt und der auch durchaus, wie aus den folgenden Darlegungen hervorgehen wird, im Bereiche des Möglichen liegt.

I.

Die nicht mehr aufzuhaltende und deshalb am besten nach vernünftigen eugenischen und bevölkerungspolitischen Überlegungen einzurichtende Geburtenregelung wird uns in wenigen Jahrzehnten dahin führen, dass die Kinder, die geboren werden, in ihrer weitaus grössten Mehrzahl von den Eltern mit Bewusstsein hervorgebracht werden, ihr Dasein also ein von den Eltern „gewolltes" ist. Damit stehen wir vor einer von Grund aus veränderten Sachlage. Denn nun ist eins der wichtigsten Erfordernisse, die Erhaltung der Gesellschaft, der Nation, überhaupt des gesamten physischen Substrates unserer Kultur nicht mehr von selbst gegeben, sondern abhängig vom Willen der einzelnen Elternpaare. Wir haben daher alle Veranlassung, uns mit dem Wesen, der Stärke und der Festigkeit dieses „Willens zum Kinde" zu befassen. Denn auf diesen Eigenschaften baut sich die Möglichkeit auf, etwaige bestimmte Fortpflanzungsregeln auch allgemein zur Geltung zu bringen.

Zunächst ist mit Nachdruck zu betonen, dass es wohl einen Geschlechtstrieb von gar nicht zu überschätzender Stärke gibt, dass dieser aber gegenwärtig mit dem Willen zum Kinde nicht mehr untrennbar verknüpft ist und es in Zukunft immer weniger sein wird; denn Kenntnis und Gebrauch der Präventivmittel lösen diese Verknüpfung, die übrigens unbeschränkt nur im Tierreich besteht und beim Menschen schon seit den ersten geschichtlichen Anfängen gelockert worden ist.

Überhaupt dürfte nur bei den Tieren der Zusammenhang zwischen triebartiger N o t d u r f t und G e n u s s bei Befriedigung dieser Notdurft noch unzertrennlich sein. Bei den Menschen hat er sich je mehr gelockert, desto mehr mit der kulturellen Entwicklung sich das des Genusslebens verselbständigte. Vielleicht besteht ein gutes Stück des Wesens der „Kultur" überhaupt in dieser Trennung. Die elementaren Regungen des Selbsterhaltungstriebes, der wohl eigentlich eine Vielheit von Trieben ist, können nur in barbarischen Zuständen der Menschheit sich auswirken und sind dann gleichzeitig wohl auch die einzigen Quellen des Lebensgenusses gewesen.

Um diese Wandlung klar zu erkennen, sieht man am besten zunächst von der Fortpflanzung und dem Geschlechtstrieb ab und betrachtet den Vorgang von der Lösung des ursprünglichen Zusammenhanges von Lebensnotdurft und Lebensgenuss schlechthin. Die Lustempfindungen, die durch unsere Sinnesorgane übermittelt und in unserer Grosshirnrinde empfunden werden, bilden ursprünglich den grössten Reiz zu Handlungen, die für unsere Lebenshaltung

notwendig oder für die Übung unserer Organe nützlich sind. So nehmen wir bei der Aufnahme von Speise und Trank nicht nur Nahrungsmittel zu uns, die zum Aufbau und Ersatz der Körperelemente und zur Unterhaltung der Lebenserscheinungen dienen, sondern auch noch Stoffe, die in uns Lustgefühle hervorrufen und uns so den Vorgang des Essens und Trinkens, der zu unserer Erhaltung nötig ist, besonders angenehm empfinden lassen. Das Auge und der damit verbundene nervöse Apparat ermöglicht uns das Sehen, das zu unserer Erhaltung dringend nötig ist; doch die Fülle der Lustempfindungen, die uns das Auge übermittelt, lässt es uns auch unablässig da gebrauchen, wo unsere Erhaltung nicht gerade in Frage steht. Ebenso ist der Atmungsvorgang für den menschlichen Organismus unbedingt notwendig; um die Atmungsorgane zu möglichst ausgiebiger Tätigkeit zu reizen, ist das Geruchsorgan eingeschaltet, das uns Lustempfindungen übermittelt, deren Genuss an und für sich für unsere Erhaltung überflüssig ist.

Besonders ausgesprochen ist das Nebeneinander von notwendiger Funktion und begleitender Lustempfindung bei der menschlichen Fortpflanzung: Der für die Erhaltung der Art unerlässliche Akt ist von einem starken Lustgefühl begleitet, das die Menschen und namentlich die männlichen Personen veranlasst, die Gelegenheit zum Geschlechtsverkehr häufig aufzusuchen.

Bei höherer Kulturentwicklung löst sich nun diese unsere Verwandtschaft mit dem Tierreich bekundende Verknüpfung. Der Mensch isst und trinkt, damit es ihm schmecke, nicht nur, damit er überhaupt vegetiert. Er braucht sein Auge auch ohne jede Notdurft, um sich an den Herrlichkeiten der Natur und der Kunst zu erfreuen, und sein Hörorgan lauscht nicht nur auf Gefahren andeutende Geräusche, sondern auch auf die genussreichen Tonfolgen der Musik. Neben der Befriedigung der Notdurft stellt sich also selbständig der Genuss, und diese Trennung wird immer bewusster, je mehr mit der kulturellen Entwicklung das Genussleben ausgebildet, verfeinert und verallgemeinert wird.

Diese Trennung von Notdurft und Genuss ist auch im Geschlechtsleben des Menschen eingetreten. Die Einbürgerung der Präventivmittel wird sie zum Allgemeingut machen. Ganz gleich, ob wir diese Entwicklung kulturell hochschätzen oder bedauern, sie ist unwiderruflich und wir müssen uns klar machen, dass durch diese Entwicklung der Geschlechtstrieb und seine Befriedigung von der Fortpflanzung dauernd und endgültig getrennt ist und infolgedessen die Fortpflanzung nicht mehr durch den stärksten natürlichen Trieb, sondern durch den auf vernünftige Überlegung sich stützenden

„Willen zum Kinde“ erfolgt. Für die Erhaltung der Art hat das seine zwei Seiten: einmal können wir nun alle vernünftigen Überlegungen der Eugenik in den Fortpflanzungsvorgang eingehen lassen, anderseits können Hemmungen der Fortpflanzung, die früher von dem Ansturm des gewaltigen Geschlechtstriebs spielend genommen wurden, jetzt genügen, den Willen zum Kinde zu erschlaffen oder wenigstens an seiner Betätigung zu hindern.

Es wird also ganz darauf ankommen, ob es gelingt, für das Auswirken des Willens zum Kinde die günstigsten inneren und äusseren Bedingungen zu schaffen.

II.

Da die äusseren Zwangsmittel der Natur der Sache nach zur Bekämpfung der Geburtenvorbeugung an unrechter Stelle versagen müssen, sind wir vorwiegend auf die inneren moralischen Hemmungen, auf die durch das Gewissen diktierten Beweggründe, Prävention zu treiben oder zu unterlassen, angewiesen. Hier liegt der Angriffspunkt des grossen Problems, das nicht negativ als Bekämpfung der Geburtenvorbeugung, sondern unmittelbar positiv als Geburtenregelung aufzufassen ist. Sie ist eine Forderung der Moral und durch die einfache Tatsache geboten, dass ein Gemeinschaftsleben nicht möglich ist, wenn die Gemeinschaft im Bestande ihrer physischen Substanz erschüttert ist und sie dauernd nur bestehen kann, wenn bezüglich des Fortpflanzungsprozesses Regeln befolgt werden.

Ursprünglich vielleicht hervorgegangen aus den Urtrieben des Herdenwesens hat sich das moralische Bewusstsein des Menschen bereits in vorgeschichtlicher und daher uns unbekannter Zeit durch die zahlreichen Stufen der Vergesellschaftung hindurch bis zur heutigen Feinheit entwickelt. Aber die Ausprägung der besonderen moralischen Forderungen, die der Befriedigung dieses Bewusstseins dienen, hat dessen Ursprung aus der Vergesellschaftung der einzelnen zur Herde, Stamm und Sippe fast überall verwischt, zumal sie in den Anfängen der geschichtlichen Zeit noch von überweltlichen Vorstellungen geleitet und in enger Verbindung mit Religion und Kirche in Erscheinung trat. Erst in unseren Tagen löst sich diese Verknüpfung auch bei der grossen Masse der Bevölkerung; das moralische Bewusstsein nicht nur hervorragender Einzelpersonen sondern auch das der Menge sieht sich nach einer anderen als auserweltlichen Orientierung um. Nach einer Übergangszeit unsicheren Tastens kann eine solche schliesslich nur in der

wissenschaftlichen Erkenntnis der natürlichen und sozialen Bedingungen des Menschen und seiner Umwelt gefunden werden.

Die historisch gegebene enge Verknüpfung von Moral und Religion hat das moralische Bewusstsein auch in Hinsicht auf die Pflichten zur Fortpflanzung und Kinderaufzucht ganz wesentlich bestimmt. Unzähligen Stämmen, Völkern, Rassen haben religiöse Vorstellungen, deren Ursprung zwar dunkel, deren Verknüpfung mit wirtschaftlichen Notwendigkeiten aber sehr wahrscheinlich ist, erlaubt oder gar geboten, durch Tötung, Aussetzung und Verkauf der Kinder sowie durch Abtreibung der Leibesfrucht die Zahl ihrer Mitglieder zu regeln. Anderen Völkern wieder gebot die Moral im Gewande der Religion, unter allen Umständen „fruchtbar zu sein und sich zu mehren". Es war entscheidend für die gesamte menschliche Kulturentwicklung, dass zu diesen Völkern das jüdische gehörte, das nicht nur aus dieser Lehre selbst die Kraft gewann, die unerhörtesten nationalen Katastrophen zu überwinden, sondern auch durch die Vermittelung des in seinem Schosse entstandenen Christentums die Lehre vom Segen des Kinderreichtums und der Verwerflichkeit aller Kinds- und Fruchtvernichtnug auf die europäischen Völker übertrug; denn diese vermochten allein durch Befolgung einer solchen Lehre den ungeheuren Menschenverbrauch, der ihren kulturellen Aufstieg begleitete, auszugleichen.

Auch wer zugibt, dass religiöse Vorschriften in einer kirchlichen Bevölkerung eine hohe Geburtenzahl begünstigen und in Deutschland namentlich die katholische Kirche sich nach dieser Richtung hin auszeichnet, muss hinzufügen, dass diese Tatsache für die zukünftige Gestaltung der Geburtenzahl nicht von erheblichem Belang ist. Ob Ausdehnung und Tiefe des religiösen Gefühles oder des kirchlichen Kulturbedürfnisses im Schwinden oder Wachsen begriffen ist, dürfte für die vorliegende Frage kaum ausschlaggebend sein. Im Schwinden ist jedenfalls überall, wenn auch vielleicht nach den einzelnen Bekenntnissen in verschiedener Schnelligkeit und Stärke, die Bereitwilligkeit, sich auch für die Gestaltung der Lebensführung von kirchlicher Seite Vorschriften machen zu lassen in Dingen, die als ausserhalb der eigentlich religiösen Sphäre liegend in steigendem Masse erkannt werden.

Dem moralischen Bewusstsein der Gegenwartsmenschen können weder die klaren Vorschriften der katholischen noch die erheblich unklareren der protestantischen Kirche in Sachen der Geburtenprävention auf die Dauer genügen, da die Anschauungen, denen die kirchlichen Moralgebote entstammen, in Zeiten wurzeln, welchen sowohl die hochentwickelte Technik der Prävention als auch die

durch das Sinken der Sterblichkeit gekennzeichnete grosse Änderung in der Bevölkerungsbewegung als auch namentlich die materielle Beengung der Elternschaft noch fremd war. Die Eltern der Gegenwart sehen sich daher nach anderen Lehrmeistern um, nach deren Ratschlägen sie sich richten können, um ihrem Pflichtenbewusstsein hinsichtlich der Fortpflanzung Rechnung zu tragen. Dass ein solches Bewusstsein vorhanden ist, kann gar nicht bezweifelt werden. Es ist gerade, wie jeder Arzt durch taktvolles Befragen feststellen kann, bei jenen Elternpaaren entwickelt, die die Präventivmittel kennen und anwenden. Die Erkenntnis, dass sie selbst es in der Hand haben, die Zahl der Kinder zu regeln, belastet ihr Gewissen, und, da Gegenvorstellungen sozialer und nationaler Art noch nicht zu bestimmten Regeln hinsichtlich der Zahl geführt haben, beschränken sie diese, weil ihrem Vorstellungskreise die privatwirtschaftlichen Vorteile, die den wenigen Kindern zugute kommen, am nächsten liegen.

Die wohlhabenden Eltern halten sich für „verpflichtet", wenigen Kindern grössere Wohlhabenheit zu hinterlassen, statt durch hohe Kinderzahl die materielle Stellung des einzelnen Kindes zu beeinträchtigen. Die unbemittelten Eltern halten sich für „verpflichtet", die bescheidenen Aufwendungen, die sie für Pflege und Erziehung der Kinder machen können, nicht durch eine grössere Zahl von Kindern zu vermindern. Durchaus verkehrt ist die Annahme, dass die Elternpaare ohne moralisches Bewusstsein, frivol und gewissenlos Prävention treiben. Mangels jeder anderen Regel ist ihr Pflichtbewusstsein allerdings nur privatwirtschaftlich orientiert. Sollen die Gefahren der Geburtenregelung vermieden und diese selbst nur in segensreicher Form sich abspielen, so müssen der Bevölkerung als Nahrung für ihr Pflichtbewusstsein Richtlinien gezogen werden, die von der Wissenschaft, und zwar von der Medizin und Hygiene auf der einen, der Volkswirtschaftslehre und den Sozialwissenschaften auf der anderen Seite bestimmt werden.

Weiterhin ist es aber auch erforderlich, dass diese Richtlinien überall bekannt werden. Die überwiegende Zahl der Ehepaare ist sich gegenwärtig nicht darüber im klaren, dass sie überhaupt Pflichten der Fortpflanzung gegenüber haben und welcher Art diese sind. Es ist nötig, dass es ihnen deutlich gesagt und ihrem Bewusstsein als unverlierbares Eigentum eingeprägt wird. Bevor wir jedoch zu diesen Richtlinien übergehen, müssen zunächst die unzweckmässigen Versuche, solche Regeln aufzustellen, besprochen werden.

III.

Um die Wende des 18. zum 19. Jahrhundert hat der englische Volkswirt T. R. Malthus behauptet und mit grossem Geschick zu beweisen gesucht, dass das Elend und die Armut innerhalb der Kulturvölker vorwiegend durch den allzu grossen Kinderreichtum, also durch Übervölkerung, verschuldet sei. Nach Malthus wird die Volkszahl durch die Menge der zur Verfügung stehenden Nahrungsmittel bedingt. Da die Menschen wie alle Lebewesen die Neigung haben, sich bedeutend schneller zu vermehren als die Nahrungsmittel, entsteht Mangel und Elend.

Wie bei allen Theorien, die der Übertragung von Erfahrungen, welche in der Tierwelt gewonnen sind, auf die zu Stämmen, Völkern, Nationen und Rassen vergesellschafteten Menschen ihren Ursprung verdanken, verstrickt sich in Malthus' Bevölkerungslehre das Richtige mit dem Falschen, das Schiefe mit dem Geraden, das Sichere mit dem Fraglichen in ein Knäuel, an dessen Entwirrung sich unzählige Volkswirte abgearbeitet haben.

An dieser Stelle ist die Lehre des Malthus nur insofern zu berühren, als sich auf sie die Propaganda der „Neomalthusianer" beruft, die die Beschränkung der Nachkommen aus wirtschaftlichen Gründen predigt, weil sie in der allzugrossen Zahl der Bevölkerung überhaupt die Quelle der Armut, des Elends und der sozialen Missstände sieht und vornehmlich aus diesen, weniger aus medizinischen, hygienischen oder privatwirtschaftlichen Gründen die Verbreitung und Anwendung der Präventivmittel fordert. Mit Malthus selbst hat der Neo-Malthusianismus eigentlich nur den missverständlichen Namen gemein. Für den aus dem geistlichen Stande hervorgegangenen Malthus waren die wenigen Präventivmittel, die seine Zeit kannte, „Laster", die er verabscheute. Auch hat Malthus die Zuverlässigkeit der modernen Mittel nicht voraussehen können. Aber die Verquickung der Lehren des Malthus mit der Geburtenprävention liess nicht lange auf sich warten; sie setzt ein Jahrzehnt nach seinem Tode als Neomalthusianismus ein. Es ist falsch, unter „Neomalthusianismus" schlechthin die Anwendung der Geburtenprävention zu verstehen, wie das leider gang und gäbe ist. Das Wesen dieser Bewegung besteht vielmehr darin, dass sie in der Bevölkerungszunahme die Quelle alles sozialen Unglücks sieht und aus diesem Grund die Geburtenzahl unter allen Umständen herabdrücken will. Sie will in erster Linie Geburtenverminderung, nicht Geburtenregelung. Geburtenregelung ist aber mit Geburtenüberschuss keineswegs unverträglich. Im Gegenteil, Geburtenregelung unter Gewähr

eines Bevölkerungsauftriebes ist gerade das, was durch die eugenischen, nationalen und sozialen Belange geboten ist.

Die neomalthusianistische Bewegung muss abgelehnt werden, weil ohnehin die Geburtenzahl eine starke Tendenz hat zu sinken. Diese Tendenz ist nicht vorübergehend, sondern wird sich voraussichtlich im Laufe der nächsten Jahrzehnte bis in die äussersten Winkel des westeuropäischen Kulturkreises ausdehnen. Eine besondere Agitation, wie die Neomalthusianer wollen, ist dazu nicht erforderlich. Vielmehr müssen wir darauf ausgehen, die bereits bestehende Tendenz zur Beschränkung der Geburten zu leiten und zu zügeln. Die Tendenz zur Verminderung der Geburten ist vorhanden, die Mittel ihr zu folgen, sind allgemein bekannt, es ist also unnötig, noch eine besondere Propaganda für die Verminderung der Geburtenzahl zu treiben.

Keineswegs sind übrigens die Neomalthusianer, auch wenn sich einige von ihnen dieses anmassen, für das allgemeine Sinken der Geburtenzahl verantwortlich zu machen. Dazu war die Bewegung denn doch zu schwach, zu ungleichmässig und zu unsicher. Man kann sie sich völlig fortdenken, und der Geburtenrückgang würde genau der nämliche sein, denn er ist das Produkt der Entwicklung der Gesundheitstechnik, des Handels, der Medizin und der mit kulturellem Aufstieg verknüpften Berechnung der Folgen des geschlechtlichen Verkehrs. Vornehmlich ist er bedingt 1. durch den Umfang der Verbreitung der Kenntnis der Technik der Geburtenvorbeugung, 2. durch die bei den kulturell aufsteigenden Schichten erhöhte Besonnenheit und Selbstzucht, die zur Anwendung der Präventivmittel erforderlich ist, 3. durch den ungewöhnlich hohen Anreiz zur Benutzung dieser Mittel, den die gegenwärtig der Elternschaft besonders ungünstigen sozialen und privatwirtschaftlichen Bedingungen abgeben und 4. durch die völlige Ahnungslosigkeit der Bevölkerung über die Folgen einer regellos angewandten Geburtenprävention.

Es fehlt den Paaren, die bereits im Besitze von Kenntnis und Übung der Präventivmittel sind, jede Führung durch Sitte, Gewohnheit und Belehrung, da die Geistlichen in steigendem Masse als Ratgeber abgelehnt werden, die Behörden sich indifferent verhalten und selbst die Ärzte, die die nächsten zu dieser Führerschaft wären, diesen Fragen bis auf wenige Ausnahmen noch völlig ratlos gegenüberstehen. Infolge dieser Führerlosigkeit hat sich der Durchschnittsbürger das Zweikindersystem geschaffen, von der naheliegenden aber grundfalschen Voraussetzung ausgehend, dass zum Ersatz eines Elternpaares zwei Kinder ausreichen und damit der

Volksvermehrung Genüge geschehen sei. Das Zweikindersystem würde aber bei seiner Ausbreitung über das ganze Land, wie Fahlbeck[1]) ausrechnet, „selbst unter der utopischen Annahme, dass 88 von Hundert aller Frauen im gebärenden Alter verheiratet seien, jährlich eine Verminderung von ungefähr 9 auf das Tausend der Volksmenge herbeiführen, wodurch sie, wenn sie sich selbst überlassen wäre, schon nach 77 Jahren auf die Hälfte reduziert sein würde."

Ausser dem Zweikindersystem gibt es noch eine andere volkstümliche Fortpflanzungsregel, die vielleicht noch verbreiteter und sicher noch erheblich verhängnisvoller in ihrer sozialen und nationalen Wirkung ist. Sie lautet: Ein Ehepaar soll nicht mehr Kinder haben, als es ernähren kann. Hier ist also das ganz unsichere privatwirtschaftliche egoistische Interesse zum Leitsatz erhoben, ohne dass bestimmt ist, was denn unter dem „ernähren können" zu verstehen ist. Einen Schimmer von Brauchbarkeit könnte diese bedauerlich häufig gehörte Regel nur gewinnen, wenn sie etwa dahin formuliert würde, dass jedes Ehepaar eine Kinderzahl vermeiden solle, die sie voraussichtlich der Inanspruchnahme öffentlicher Mittel auf Grund des Armenrechtes aussetzen würde. Aber diese Regel würde für denkende, gewissenhafte und im Besitz der Kenntnis der Präventivmittel befindliche Eltern selbstverständlich und deshalb überflüssig sein. Diese Regel ist also ebenso wie das Zweikindersystem auf jeden Fall zu verwerfen, da es die Bevölkerung auf den Aussterbeetat setzt und somit die Verneinung der Gesellschaft selbst bedeutet. An seine Stelle ist eine andere Regel zu setzen, die den erforderlichen Geburtenüberschuss gewährleistet und doch die Rationalisierung der Fortpflanzung, die Anwendung der Eugenik und die Befreiung des gesamten Sexuallebens von qualvollen Fesseln ermöglicht. Leitend müssen bei der Aufstellung dieser Regel volkswirtschaftliche und medizinisch-hygienische Gesichtspunkte sein.

IV.

Die Existenz des Zweikindersystems und sein immer weiteres Umsichgreifen ist ein schwerer Vorwurf gegen alle Personen und Institutionen, die für die moralische Erziehung der Bevölkerung verantwortlich sind, gegen die Gelehrten, die aus dem Lager der Medizin und Hygiene auf der einen, aus dem der Volkswirtschaftslehre und Sozialwissenschaft auf der anderen Seite nicht deutlich genug Regeln für den allgemeinen Gebrauch abstrahiert haben,

[1]) Fahlbeck, P., Der Adel Schwedens. Jena. 1903.

und gegen alle geistig führenden Kreise, dass sie solche Regeln nicht provoziert und propagiert haben. Es ist höchste Zeit, dass dieses Versäumnis nachgeholt und damit der wachsenden Ausdehnung des gemeingefährlichen Zweikindersystems vorgebeugt wird. Dazu ist erforderlich, dass Fortpflanzungsregeln, die dieses System ersetzen können, nach wissenschaftlichen Grundsätzen gewonnen, in eine kurze, klare, eindeutige und gemeinverständliche Fassung gebracht und dann den Bedingungen einer Verallgemeinerung innerhalb aller Bevölkerungsschichten angepasst werden.

Man könnte zunächst daran denken, an die Stelle der Zweikinderregel die Forderung von drei Kindern zu setzen. Aber auch das würde nicht genügen. Denn die Zahl von durchschnittlich drei Kindern auf eine Ehe würde selbst bei der Voraussetzung, dass der zehnte Teil der Ehen unfruchtbar bleibt, nur die nicht völlig zureichende Geburtenzahl von 16 Lebendgeborenen auf das Tausend Einwohner ausmachen.

Unter denkbar günstigsten Sterblichkeitsverhältnissen würde nach Oth [1]) sich eine Bevölkerung mit einer Geburtlichkeit von 17 auf das Tausend gerade noch erhalten können. Dabei ist nun aber schon eine so günstige Säuglings- und Kindersterblichkeit angenommen worden, wie wir sie in absehbarer Zeit nicht erwarten können. Die Zahl 20 auf das Tausend dürfte daher auch für ein Kulturvolk die niedrigste Grenze bedeuten, unter die die Zahl der Geburten nicht sinken darf, ohne mit Sicherheit dem Dahinsiechen oder der Überflügelung durch die Nachbarvölker ausgesetzt zu werden. Bei dieser Geburtenzahl würde es sich aber noch nicht vermehren.

Zu der nämlichen Masszahl für die sozial, national und eugenisch befriedigende Entwicklung der Geburtlichkeit führt uns folgende Überlegung: Die durchschnittliche Lebensdauer des Menschen innerhalb der europäischen Kulturvölker beträgt etwa 50 Lebensjahre oder dürfte wenigstens in absehbarer Zeit durch die Fortschritte der Hygiene auf diesen Stand zu bringen sein. Eine stationär gedachte Bevölkerung, die sich aus Menschen von solcher durchschnittlicher Lebensdauer zusammensetzt, würde unter normaler Altersbesetzung und abgesehen von Wanderungen eine durchschnittliche Sterblichkeit von 20 auf das Tausend der Bevölkerung haben. Eine Geburtlichkeit von 20 auf das Tausend würde also die Mindest-

---

[1]) Oth, Fr., Induktives und Deduktives zum Bevölkerungsproblem. Conrads Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. 1912. Bd. 43. 3. Fol.

zahl sein. Nehmen wir dazu einen bescheidenen Bevölkerungsauftrieb, den gerade wir als Gegendruck gegen die sich stark vermehrenden Nachbarvölker namentlich des Ostens zur Erhaltung unserer Kultur nötig haben, so würden 25 Lebendgeburten auf das Tausend der Bevölkerung die Normalzahl sein, unter die wir nicht sinken sollten.

Selbst ein höheres Heraufrücken des Durchschnittsalters dürfte an diesen Zahlen nicht viel ändern. Denn selbst unter der utopischen Voraussetzung, dass in einer stationär gedachten Bevölkerung das Durchschnittsalter 70 Jahre betrüge, würde in dieser Bevölkerung doch eine Sterblichkeit von 14,3 auf das Tausend bestehen.

Die zutreffendste Berechnung über die zur Erhaltung der Art notwendige Kinderzahl hat wohl Grassl[1]) gegeben. Er berechnet „die Zahl der Kinder, die jede verheiratete Frau gebären müsse", wie folgt:

a) 1 Kind als Nachkomme und Ersatz für die Mutter,
b) 0,3 Kind als Ersatz der vor dem Eintritt der optimalen Gebärzeit Gestorbenen,
c) 0,25 Kind als vikariierende Tätigkeit für den Ausfall der Gebärfähigkeit der nicht verheirateten Frauen,
d) 0,12 Kind als Vikariierung für die durch Krankheit unterfrüchtig gewordenen Ehen.

Summa 1,67 Kind. Diese Zahl doppelt genommen in Hinsicht auf die Erhaltung der Männer gibt also pro Weib 3,34 Geburten, dazu den erforderlichen Überschuss an Knaben, um die stärkere Absterbeordnung der Knaben auszugleichen, mit 0,05, somit im ganzen 3,39 oder 3,4 Kinder pro verheiratete Frau." Aber auch bei dieser Leistung würde nur der Bestand erhalten bleiben, während der dringend notwendige Bevölkerungsauftrieb dadurch noch nicht gewährleistet wird.

V.

Immerhin dürfte es misslich sein, eine feste Zahl für jede Ehe zu fordern; vielmehr ist es richtiger, eine gleitende Regel aufzustellen, die nur eine Mindestzahl angibt, aber zugleich ein Hinaufgehen mit der Kinderzahl als wünschenswert hinstellt. Eine solche Regel hat der Verfasser dieser Zeilen bereits vor einigen Jahren[2]) aufgestellt. Sie kann hier unverändert wiedergegeben

---

[1]) Grassl, Das zeitliche Geburtsoptimum. Soziale Medizin und Hygiene. Hamburg. Jahrg. 1907.

[2]) Grotjahn, A., Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene. Berlin. 1912. S. 674.

werden, da seither keine Kritik oder Erfahrung dem Verfasser bekannt geworden ist, die ihn veranlassen könnte, auch nur das geringste daran zu ändern. In dieser Regel ist die wirtschaftliche Bevorzugung jener Elternpaare, die über das unerlässliche Mindestmass hinausgehen, eingefügt, da nicht die Minimalforderung sondern gerade die Mehrleistung zahlreicher rüstiger Elternpaare unter der moralischen und materiellen Anerkennung der Gesellschaft das wesentliche in dieser Regel darstellt.

Die allgemeine Befolgung dieser Regel würden den jeweilig erforderlichen Geburtenüberschuss sicher gewährleisten und dabei doch die Rationalisierung der Fortpflanzung und die Anwendung der Eugenik ermöglichen. Sie lautet:

1. Jedes Elternpaar hat die Pflicht, eine Mindestzahl von drei Kindern über das fünfte Lebensjahr hinaus hochzubringen.

2. Diese Mindestzahl ist auch dann anzustreben, wenn die Beschaffenheit der Eltern eine unerhebliche Minderwertigkeit der Nachkommen erwarten lässt, doch ist in diesem Falle die Mindestzahl auf keinen Fall zu überschreiten.

3. Jedes Elternpaar, das sich durch besondere Rüstigkeit auszeichnet, hat das Recht, die Mindestzahl um das Doppelte zu überschreiten und für jedes überschreitende Kind eine materielle Gegenleistung in Empfang zu nehmen, die von allen Ledigen oder Ehepaaren, die aus irgendwelchen Gründen hinter der Mindestzahl zurückbleiben, beizusteuern ist.

Die wichtigste Regel ist die erste. Wenn jedes Elternpaar wirklich drei Kinder hervorbringt, nicht mitgerechnet die Säuglinge und Kleinkinder, die vor zurückgelegtem fünften Lebensjahr sterben, und ausserdem eine Anzahl von rüstigen Ehepaaren, veranlasst durch Bevorzugung und Zuwendungen wirtschaftlicher Natur, über die Mindestzahl hinausgehen, so bleibt dem Volke ein Bevölkerungszuwachs gesichert.

Die zweite Regel ist wichtig, um den zahlreichen Elternpaaren, die nicht zu den ganz rüstigen gehören, den Vorwand zu nehmen, sich der Kinderaufzucht zu entziehen. Auch kennen wir gegenwärtig noch zu wenig die Vererbungsregeln, um bestimmt entscheiden zu können, welche Ehepaare wir überhaupt vom Fortpflanzungsgeschäft gänzlich fernhalten dürfen, da häufig die Sonderbarkeiten oder Minderwertigkeiten des einen Partners durch die entgegengesetzten des andern Partners ausgeglichen werden oder Eigenschaften der Vorfahren so durchschlagen, dass auch aus

schwächlichen Eltern rüstige oder gar hervorragend leistungsfähige Nachkommen entstehen. Der eugenische Gesichtspunkt kommt noch genügend zur Geltung, wenn man fordert, dass Ehepaare, gegen deren Rüstigkeit Bedenken vorliegen, sich auf die angegebene Mindestzahl beschränken sollen. Auf die eigentliche Verbesserung der Bevölkerungs q u a l i t ä t zielt die d r i t t e Regel ab, die die rüstigen Ehepaare zur Mehrproduktion über die Mindestzahl hinaus anregt und ihnen dafür die Anerkennung der Gesamtheit für diese besondere Leistung in Gestalt einer erheblichen materiellen Vergütung gesetzlich zusichert, damit sie die gesteigerten Familienlasten auch tragen können. Die Mittel hierfür wird man ohne weiteres allen Personen auferlegen können, die entweder überhaupt nicht verheiratet sind oder kinderlos oder nicht die Mindestzahl von Kindern haben, nach welchen Gesichtspunkten die Steuer oder der Versicherungsbeitrag abgestuft werden kann. Dabei kann ganz gleichgültig bleiben, ob diese Personen aus Absicht oder aus Unvermögen, aus Frivolität oder aus wohlerwogenen Gründen die normale Beteiligung an der Fortpflanzung unterlassen; denn die Steuer oder der Versicherungsbeitrag ist nicht als Strafe gedacht, sondern lediglich als Ausgleich für die generative Leistung, die andere mehr und sie weniger, als der Norm entspricht, erfüllen.

Es ist hier nicht Raum, das kurz skizzierte „System" in den Einzelheiten auszumalen. Es sei nur bemerkt, dass in seinem Rahmen schon die gegenwärtige bescheidene Kenntnis der g e n e r a t i v e n Hygiene zur praktischen Anwendung gebracht werden könnte und zugleich Raum für alle diesbezüglichen Erkenntnisse der Zukunft und dadurch bedingte Modifikationen bleiben würde. Voraussetzung der Anwendsung dieses Systems ist allerdings die allgemeine Kenntnis und Beherrschung der Präventivmassnahmen, die ja ohnehin von Tag zu Tag unaufhaltsame Fortschritte macht. Es ist nur noch nötig, von den unzähligen Mitteln jene durch ärztliche Empfehlung herauszuheben, die ungefährlich und dabei zuverlässig sind. An diese Stelle sei nur noch darüber gesagt, dass diese Bedingungen nach dem gegenwärtigen Stande der Technik durch die Anwendung des Kondomes aus tierischer Haut (Blasen) beim Manne oder des Scheidenokklusivpessars bei der Frau am besten erfüllt werden [1].

Wenn durch die Anwendung der obigen oder ähnlichen Regeln die Quantität der Bevölkerung durchaus sichergestellt und die Qualität begünstigt ist, kann die rationelle Anwendung der Präventiv-

[1]) Vgl. A. G r o t j a h n, Geburtenrückgang und Geburtenregelung im Lichte der individuellen und sozialen Hygiene. Berlin. 1921. 2. Ausgabe.

mittel ungestört erfolgen und ihre in vieler Hinsicht unermesslichen Segen stiftende Wirksamkeit entfalten. Dann kann endlich eine vernünftige Pause zwischen zwei Geburten zur Volkssitte werden. Dann hört die unsinnige Vielgebärerei in den Schichten auf, die am wenigsten Mittel, Raum und Zeit für die Aufzucht haben. Dann kann der Arzt aus Gründen der Eugenik das Verbot weiterer Schwangerschaften ebenso skrupellos anwenden wie jedes andere therapeutische Mittel, dann wird überhaupt jene *völlige Trennung des beabsichtigt folgenlosen von dem beabsichtigt fruchttragenden Geschlechtsverkehr verwirklicht werden*, die allein das gesamte geschlechtliche Leben zu sanieren berufen ist.

Fortpflanzungstherapie beim Manne.

Von

C. Posner.

Wenn wir nach dem Vorgange von Max Hirsch unter der Bezeichnung „Fortpflanzungstherapie“ einmal den Schutz aller der Faktoren, welche bei der Fortpflanzung mitwirken, dann aber die Behandlung der Zustände und Krankheiten verstehen, die die Fortpflanzung erschweren oder verhindern, so ergibt sich für den Arzt sofort eine Zweiteilung seiner Aufgaben nach der prophylaktischen und nach der therapeutischen Seite hin. Aber diese Zweiteilung ist nicht die einzige: Wir haben auch zu unterscheiden, ob Schädigungen mit anatomisch greifbarer Grundlage oder ob rein funktionelle Störungen drohen oder vorliegen — beide, beim Manne wenigstens, gleich bedeutungsschwer. Bei dieser Vielgestaltigkeit des Problems lassen Sie mich das Prokrustesbett eines Schemas vermeiden: dem praktischen Handeln, auf welches wir abzielen, dürfte es besser entsprechen, wenn wir uns an die Vorgänge des Lebens selbst halten und an die ganz verschiedenartigen Bedingungen anknüpfen, wie sie die einzelnen Altersstufen, die einzelnen Perioden der geschlechtlichen Tätigkeit darbieten.

Schon die angeborenen Keimanlagen geben uns hier zu denken — freilich mehr in dem Sinne, dass wir die hierbei möglichen Abweichungen von der Norm kennen müssen, als in der Hoffnung, Abhilfe zu schaffen. Wissen wir doch jetzt, dass es Individuen gibt, bei denen schon in der Anlage die Keimdrüsen zurückgeblieben und unentwickelt sind — entweder so vollständig, dass daraus die allbekannten und hier nicht weiter zu erörternden Bilder des Pseudohermaphroditismus oder Eunuchoidismus hervorgehen, oder in der, erst neuerdings hinreichend

gewürdigten Form, welche bei völligem Mangel der Samenproduktion doch eine anscheinend normale Ausbildung der sekundären Sexuszeichen aufweist. Beiden gegenüber sind wir, was die Fortpflanzungsfähigkeit betrifft, machtlos; wenn operative Eingriffe oder auch hypnotische Suggestion bewirken können, dass der Geschlechtstrieb erweckt oder bei etwa bestehender Perversion in normale Bahnen gelenkt wird, so ist damit für das Zeugungsvermögen nichts gewonnen — das biologische Interesse, welches die Tierexperimente und Überpflanzungen menschlicher Hoden, wie sie im Anschluss an Steinachs Forschungen ausgeführt sind, beanspruchen dürfen, kommt für die uns hier beschäftigenden Fragen nicht in Betracht. Nur eine Form der bereits im frühen Kindesalter feststellbaren Anomalien gibt bessere Aussichten: sind die Hoden, statt ihre regelrechte Lage einzunehmen, im Leistenring stecken geblieben, so kommt auch bei ihnen meist die Samenproduktion nicht zur Ausbildung. Befreit man sie durch Operation von dem hemmenden Druck, so können sie dann später noch funktionstüchtig werden; und es ist daher schon aus diesem Grunde, ganz abgesehen von den sonstigen, mit diesem Zustand verbundenen Gefahren, ratsam, diesen Eingriff rechtzeitig vorzunehmen.

Haben wir es dagegen mit Knaben zu tun, welche körperlich und seelisch als normal bezeichnet werden dürfen, so bedeutet für diese die Periode, in welcher sie aus der Stufe des undifferenzierten Geschlechtslebens heraustreten, eine gefährliche Klippe. Mit der Einsicht in den Unterschied der Geschlechter ist eine seelische Erschütterung verbunden, die, trotz aller Bemühungen um frühzeitige „sexuelle Aufklärung“ nur von wenigen glatt überwunden wird. Die präpuberale Betätigung des Naturtriebes begegnet uns vor allem in der Gestalt der Masturbation. Ihre Beurteilung ist freilich einem erstaunlichen Wechsel unterlegen; bald ist sie als Sünde und Laster, bald als Krankheit und Krankheitsursache angesehen, mit Strafen bedroht, mit der Ausmalung schwerster Folgen stigmatisiert — während die neueste Zeit uns glauben machen will, dass wir es hier mit einem selbstverständlichen, sogar nützlichen Naturvorgang zu tun haben, und dass die bei so vielen Masturbanten zu beobachtenden neurasthenischen Erscheinungen sich gerade dann erst einstellen, wenn sie dieser Gewohnheit entsagen. Ich vermag mich dieser optimistischen Auffassung nicht anzuschliessen, und wenn ich auch weit entfernt davon bin, die Folgen der Onanie zu überschätzen, so erblicke ich doch wenigstens in ihrer masslosen Ausübung im frühen Knabenalter eine wesentliche Ursache für später sich einstellende Potenzschädigungen. Natür-

lich spielen hierbei nicht die früher vielfach beschuldigten Samenverluste die Hauptrolle, sondern die psychischen Vorgänge, die das gesamte Gefühlsleben einseitig auf das geschlechtliche Moment einstellen, und unter Umständen dahin führen können, dass lediglich der masturbatorische Akt, nicht aber der normale Geschlechtsverkehr möglich wird. Dass aber auch, abgesehen hiervon, das bis vor kurzem zu wenig beachtete Sexualleben des Kindes durch frühzeitige „Verankerung" (um diesen modernen Ausdruck zu gebrauchen) mit Motiven, die ausserhalb des Normalen liegen, geschädigt werden kann, dass hieraus all die verschiedenen Formen krankhafter Triebrichtungen sich zu entwickeln vermögen, die im späteren Leben so verhängnisvoll werden können, darüber kann wohl kein Zweifel mehr bestehen; und ebensowenig darüber, dass eine mit Mass und Takt geübte Psychoanalyse späterhin oft imstande ist, diese Krankheitsbilder zu entwirren und die Hemmungen zu lösen, die einer normalen Geschlechtsbetätigung sich entgegenstellen.

Prophylaktisch hat hier vorwiegend die Erziehung einzugreifen, die gewiss in erster Linie dem Elternhause überlassen bleiben muss; doch hat hier auch gerade der Schularzt, in verständnisvollem Einvernehmen mit dem Lehrer, ein gewichtiges Wort mitzusprechen. Gelingt es, die jugendliche Phantasie vom ausschliesslich sexuellen abzulenken, geregelte geistige Arbeit und vernunftgemässe Leibesübungen durchzuführen, so wird man auch den für die Fortpflanzung schädlichen Folgen, die sich in absoluter oder relativer Impotenz äussern können, einen Riegel vorschieben.

Eine neue Gefährdung tritt im Alter der eigentlichen Geschlechtsreifung ein. Hier kann zunächst wiederum zügellose Betätigung des Naturtriebes schwere und dauernde Erschöpfung herbeiführen, namentlich wenn sich der verheerende Einfluss des Alkohols dazugesellt, der nicht bloss die Willenskraft lähmt, sondern auch — wie dies Untersuchungen von Simmonds, Berthold, Weichselbaum und Kyrle gezeigt haben — eine Schädigung des Keimepithels mit gleichzeitiger Wucherung des interstitiellen Gewebes der Hoden bewirken kann. Umgekehrt wird auch von manchen Autoren angenommen, dass geschlechtliche Enthaltsamkeit Impotenz oder wenigstens schwere nervöse Störungen herbeizuführen vermag. Demgegenüber muss zunächst betont werden, dass sich unter dem Bilde der Abstinenz mit ihren üblen Folgen oft die Masturbation verbirgt; wo dies nicht der Fall, wird man meist annehmen dürfen, dass es sich um von vornherein neurasthenisch veranlagte Individuen handelt. Sonst scheint mir min-

destens in dem Alter, von dem hier die Rede ist, eine auch konsequent durchgeführte Enthaltsamkeit keine Potenzstörungen zu bedingen. Wenn einige Kriegserfahrungen in diesem Sinne zu sprechen schienen, so hat es sich dabei wohl immer nur um vorübergehende Zustände gehandelt, die bei der Rückkehr in normale Verhältnisse wichen oder sogar in das Gegenteil umschlugen.

Weitaus die schwerwiegendste Bedeutung aber kommt in den Jünglingsjahren den Geschlechtskrankheiten, und unter ihnen in erster Linie der Gonorrhöe zu. Jedermann weiss, wie oft sich an diese Infektion eine Epididymitis anschliesst, die zu einer völligen Verlegung der Samenwege führen kann. Wer für die Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit sorgen will, muss also zu allererst alle Bestrebungen unterstützen, welche auf die individuelle Prophylaxe bei jedem, irgendwie verdächtigen Geschlechtsverkehr abzielen — hierin können uns keinerlei, auf moralische Gründe gestützte Bedenken irre machen. Weiter aber, da wir wissen, dass die Entzündung der Nebenhoden erst einsetzt, wenn die Erkrankung die hintere Harnröhre ergriffen hat, wäre es für uns von höchstem Wert, im Besitz rasch wirkender, womöglich abortiver Heilmethoden des Trippers zu sein. Die Möglichkeit solcher Verfahren ist zur Genüge erwiesen — ihre praktische Anwendung scheitert teils daran, dass die Patienten sich zu spät an den Arzt wenden — teils wohl auch an dem Umstande, dass viele die Methodik nicht hinreichend beherrschen. Es bleibt vorläufig meist noch dabei, dass die Gonorrhöe nach einem feststehenden Schema behandelt wird — und ich habe nicht den Eindruck, als sei die Zahl der Epididymitiden erheblich zurückgegangen; wir kennen gegen sie auch keine Prophylaxe — das meist verordnete Tragen eines Suspensoriums gewährt keinen sicheren Schutz. Ist die Nebenhodenentzündung einmal ausgebrochen, so muss alles geschehen, um ihr einen milden und raschen Verlauf zu sichern. Durch unrichtige Behandlung kann irreparabler Schaden gestiftet werden — so ist z. B. die früher vielfach beliebte Anwendung von Eisumschlägen, auch die Anlegung des zusammenschnürenden Heftpflasterverbandes zu verwerfen, vielmehr darauf zu achten, dass im späteren Verlauf erweichende Methoden angewandt werden, wie z. B. Biersche Stauung, Fango- und Moorumschläge, Diathermie, vielleicht auch Fibrolysin. Ist im Anschluss an eine Epididymitis Azoospermie festgestellt (was selbstverständlich nur nach Verschluss beider Samenwege der Fall), so ist die Prognose ungünstig — wenn innerhalb dreier Monate keine Lösung des Verschlusses eintritt, sogar absolut schlecht. Wir haben es hier, wie

jetzt allgemein anerkannt wird, mit der häufigsten Ursache der Sterilität beim Manne zu tun und es muss auch an dieser Stelle laut betont werden, dass in keinem Fall von unfruchtbarer Ehe irgendwelche, auch noch so unbedeutenden Operationen an der Frau gemacht werden dürfen, ehe nicht die Tauglichkeit des männlichen Samens sicher festgestellt ist. Da die Hoden auch nach der Verlegung ihrer Ausführungsgänge ihre Tätigkeit jahrelang fortsetzen, liegt, wie ich dies oft ausgesprochen habe, der Gedanke nahe, hier durch chirurgische Eingriffe oder durch künstliche Befruchtung mittelst des durch Punktion entnommenen Hodeninhalts zu helfen — die Akten hierüber sind aber noch nicht geschlossen.

Die Nebenhodenentzündung beruht nicht immer auf einer unmittelbaren Infektion durch den Gonokokkus; abgesehen davon, dass sie mitunter auch metastatisch (z. B. nach Mumps) auftritt, kann sie auch nach sonstigen Reizungen der Harnröhre sich einstellen — jede Einführung eines Instrumentes kann dazu führen. Und hier ist eine ernste Mahnung am Platze. Gerade im Anschluss an länger sich hinziehende Gonorrhöen, ja wohl auch, wenn nach deren Erlöschen nervöse Störungen zurückbleiben, wird vielfach eine ganz ungerechtfertigte Polypragmasie mit Sondierungen, Dilatationen, Ätzungen betrieben. Dies sollte nur bei ganz strenger Indikation und mit grösster Sorgfalt geschehen — ganz mit Recht betont Fürbringer, dass vielen Kranken ihre Epididymitis auf diese Weise „ankuriert" wird und dass sie solche Kur mit dem Verluste ihrer Zeugungsfähigkeit bezahlen müssen. Dies ist wohl in der jüngsten Zeit besser geworden. Aber es muss der dringende Wunsch ausgesprochen werden, dass unsere Medizinstudierenden in diesen Dingen (wie überhaupt im Fache der Harnkrankheiten) eine gründlichere Ausbildung erfahren; mancher Missgriff würde unterbleiben, wenn wenigstens auf die Erlernung eines kunstgerechten Katheterismus mehr Gewicht gelegt würde!

Aber die Reihe der für die Fortpflanzungstätigkeit verhängnisvollen Ereignisse bei der Gonorrhöebehandlung ist hiermit noch nicht erschöpft. Es kann sich nicht bloss ein Mangel, sondern auch eine Verschlechterung des Samens anschliessen — eine Nekrospermie, bei der die einzelnen Samenfäden unfähig zur Befruchtung werden. Als deren Ursache ist vorwiegend die Entzündung der Vorsteherdrüse anzusehen. Ist das Prostatasekret, wie wir annehmen müssen, ein wesentlicher Faktor für die Belebung der Spermatozoen, so leuchtet ein, dass sein Verschwinden oder seine Anomalie verderblich wirken muss. Verschluss der Aus-

führungsgänge, Beimischung von Eiter, zu stark saure oder alkalische Reaktion können diese Nekrospermie bedingen, und daher ist das Augenmerk des eine Urethritis behandelnden Arztes auch hierauf zu richten. Wahrscheinlich gilt dasselbe auch für die Samenblasen. Die Erkrankungen beider Organe können aber auch funktionelle Störungen, die in das Gebiet der Sexualneurasthenie fallen, und die dementsprechend behandelt werden müssen, bedingen.

Und schliesslich muss unter den örtlichen Gonorrhöefolgen auch die Verengerung der Harnröhre erwähnt werden, an die sich, wenngleich selten, der Zustand des Aspermatismus, eines Zurückflutens des Samens nach der Harnblase zu, anschliessen kann. Hier wird meist durch eine Sondenkur zu helfen sein — eventuell sind auch solche Fälle, wenn es gelingt, den Samen nach Erschlaffung des Gliedes isoliert aufzufangen, für künstliche Befruchtung geeignet. Nicht nur die eigentliche Striktur, auch spastische Zustände können gleiche Wirkung äussern und sind einer Behandlung wohl zugänglich.

Von der Syphilis hat man früher wohl angenommen, dass sie durch ihren allgemein schwächenden Einfluss eine Keimschädigung, ein Stocken der Spermatogenese verursachen könne. Soviel ich sehe, wird diese Ansicht jetzt kaum mehr vertreten, vielmehr der auch bei ihr zu beobachtende Mangel an Samenfäden auf örtliche Prozesse, eine zum Verschluss der Ausführungsgänge führende interstitielle Orchitis bezogen — es tritt zunächst Oligo- später Azoospermie ein. Die Prognose dieser Fälle ist nicht absolut schlecht; Casper sowie Scheuer haben über günstige Erfolge antisyphilitischer Kuren berichtet. Als besondere Spätformen der Syphilis aber sind die Erkrankungen des Zentralnervensystems, besonders die Tabes, zu nennen, die zur Impotenz führen. Selbst wenn wir imstande wären, hiergegen wirksam einzuschreiten, so würden sich der Kindererzeugung schwere Bedenken entgegenstellen.

Gegenüber den Geschlechtskrankheiten treten die sonstigen Schädigungen, welche der Fortpflanzungstätigkeit im Mannesalter drohen, an Zahl und Bedeutung zurück. Aber als Ärzte werden wir natürlich gerade in der Periode, in welcher die Ehen geschlossen werden, am meisten vor die unmittelbare Frage der Zeugungsfähigkeit gestellt. In diesem Lebensabschnitt machen sich vorwiegend die Erscheinungen der funktionellen Impotenz bemerkbar, deren Wurzeln freilich, wie schon betont, gewöhnlich in viel frühere Zeiten zurückreichen. Wie weit man dann noch durch psychische Behandlung, durch die physikalischen Heilmethoden helfen kann, ist generell nicht zu entscheiden. Versagen diese, so

sind die Aussichten meist nicht günstig — alle Arzneimittel haben meist nur vorübergehende Erfolge, und selbst die Organotherapie, so wissenschaftlich begründet sie scheint, namentlich seit sich unsere Kenntnisse über die Wechselwirkung der innersekretorischen Drüsen wesentlich vermehrt haben, lässt doch nur zu oft im Stich. Über die Wirkung der mechanischen Hilfsmittel, die bei mangelnder Erektion doch eine Immissio penis ermöglichen sollen, fehlen mir positive Erfahrungen; des Versuchs sind sie immerhin wert.

Neben diesen Dingen, die ich in diesem Kreise nicht näher auszuführen brauche, müssen wir aber noch an mancherlei andere, äussere Einflüsse denken, welche auf die Keimdrüse selbst ungünstig einwirken. Es handelt sich dabei vorwiegend um Wirkung von Giften, unter denen wiederum der Alkohol zu nennen ist, dann aber um allgemein schwächende Erkrankungen, unter deren Einfluss die Spermiogenese leidet oder gar zum Stocken kommt. Ein Schüler Aschoffs, Herr Goette, hat neuerdings exakte anatomische Untersuchungen hierüber angestellt, aus denen sich ergibt, dass mit vielen kachektischen Zuständen, insbesondere mit der Phthise, eine Schädigung des Keimepithels, welches zunächst nur wenige, missbildete Samenfäden produziert, später überhaupt völlig atrophiert, einhergehen kann. Akute Krankheiten — Sepsis, Ruhr, Typhus — können dieselbe Folge haben, wenn sie sich in die Länge ziehen — bei ihnen sind die Schäden aber meist reparabel durch Kräftigung des Gesamtorganismus. Bei den Stoffwechselstörungen z. B. des Diabetes, der Fettleibigkeit scheinen sich anatomische Keimschädigungen mit funktionellen Momenten zu vermischen — in ihrer Behandlung ist also auch auf die Frage der Fortpflanzungsmöglichkeit Rücksicht zu nehmen.

Den jetzt so viel besprochenen Allgemeinerkrankungen des endokrinen Systems gegenüber, als deren Beispiel ich die Dystrophia adiposogenitalis erwähne, sind wir leider nur ziemlich machtlos.

Von physikalischen Einflüssen kam eine Zeitlang die bekannte sterilisierende Wirkung der Röntgenstrahlen in Frage; seit wir diese kennen, ist es leicht möglich, die hiermit Arbeitenden wirksam zu schützen. Ob örtliche Einwirkungen, z. B. die fortgesetzte Erschütterung durch unmässiges Reiten und Radfahren depotenzierend wirken, möchte ich nicht für sicher ansehen; ebensowenig habe ich mich davon überzeugen können, dass ein Druck auf die Hoden, wie ihn grosse Hydrozelenergüsse bedingen, wirklich eine Atrophie herbeizuführen vermag — jedenfalls könnte man dieser durch geeignete Eingriffe leicht steuern.

Als eine merkwürdige Kriegserfahrung wäre noch zu erwähnen, dass bei bis dahin ganz gesunden Männern lediglich die seelischen und körperlichen Anstrengungen des Feldzuges, wie dies Aschoff, Schmorl und Beitzke beobachtet haben, nicht etwa nur eine psychische Impotenz, sondern auch eine Schädigung des Samenepithels hervorrufen können; auch die lang dauernde Kriegsgefangenschaft kann ähnlich wirken. Diese Zustände sind aber sicherlich heilbar. An sie schliessen sich die schon angedeuteten Folgen langdauernder Abstinenz im reiferen Mannesalter, die wohl, im Gegensatz zu den Bedingungen in früherer Jugend, zu einem Erlöschen der Fortpflanzungstätigkeit Anlass geben kann.

Die vorgerückteren Jahre oder gar das eigentliche Greisenalter können für unsere Betrachtung füglich ausser acht gelassen werden. Es existieren bekanntlich sehr grosse individuelle Verschiedenheiten im Erlöschen der Spermatogenese sowohl wie der davon unabhängigen Potenz. Eine Anstachelung der letzteren, wie sie oft von uns verlangt wird, ist aber entschieden zu widerraten — selbst wenn sie durch eines der sog. Aphrodisiaca gelingt, kann sie von erheblichem Schaden gefolgt sein; ich erinnere an die eindrucksvolle Schilderung, die Daudet in einem seiner Romane von der Wirkung der Pillules Jenkins à base arsénicale gegeben hat! Auch wenn sich die Verjüngungsoperationen Steinachs für den Augenblick als erfolgreich erweisen sollten, wird, wie ich bestimmt annehme, diese Wirkung immer nur vorübergehend bleiben. Die Ausübung des Geschlechtsverkehrs ist namentlich, wenn bereits nachweisbare Blutdrucksteigerungen vorliegen, direkt gefährlich, und eine Erzeugung von Kindern ist, vom sozialen wie vom eugenetischen Standpunkt aus im Greisenalter kaum als wünschenswert zu bezeichnen.

Gegenüber den grossen, vorwiegend wirtschaftlichen Faktoren, die den Geburtenrückgang herbeigeführt haben, bedeutet das, was wir als Ärzte durch sachgemässe Fürsorge, durch richtige Behandlung, für die Fortpflanzungsorgane im Interesse des fortpflanzungswilligen Teiles der Bevölkerung leisten können, nur eine Kleinarbeit; führen wir aber diese im Rahmen unserer Macht richtig aus, helfen wir dazu, die heranwachsende Jugend zu kraftvollen, an Leib und Seele gesunden Männern auszubilden, bewahren wir sie vor der in der Zeit der Reifung auf sie einstürmenden Schädigungen, bedenken wir bei Erkrankung der Keimdrüsen deren schwere Folgen, so werden wir immerhin für die kommende Generation greifbaren und bleibenden Nutzen stiften!

Fortpflanzungstherapie beim Weibe.

Von

Max Hirsch, Berlin.

Als unter dem gewaltigen Eindruck des nicht nur Männer mordenden, sondern auch Frauen und Kinder vernichtenden Krieges die Teilnahme der Ärzte an dem Problem des Geburtenrückganges erwachte, da wurde auch unter den Gynäkologen die Frage erörtert, ob und wie weit die Frauenheilkunde sich bevölkerungspolitischen Aufgaben widmen soll. Damals habe ich in einem Aufsatz in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 49 Heft 3, das bevölkerungspolitische Betätigungsgebiet des Frauenarztes als F o r t p f l a n z u n g s t h e r a p i e bezeichnet und umgrenzt. Mit dieser neuen Zielsetzung ist nicht viel im Wesen neues an Arbeit von dem Gynäkologen verlangt. Neu ist nur die bewusste Umstellung des forschenden Blickes von der Einzelerscheinung auf die Gesamtheit. Neu ist ferner die Einbeziehung gewisser Grenzgebiete in den bisher gezogenen Rahmen der gynäkologischen Schulmedizin und seine Erweiterung zur S o z i a l g y n ä k o l o g i e und F r a u e n k u n d e. Neu ist ferner die geschlossene Darstellung und Einordnung der Materie unter den Gesichtspunkt der generativen Leistung.

Unter F o r t p f l a n z u n g s t h e r a p i e ist zu verstehen:

1. Im weitesten Sinne die P f l e g e a l l e r d e r j e n i g e n F a k t o r e n, welche an der Fortpflanzung mitwirken.

2. Im engeren Sinne die B e h a n d l u n g d e r j e n i g e n Z u s t ä n d e u n d K r a n k h e i t e n, welche die Fortpflanzung erschweren oder verhindern.

Der erstgenannte Teil der Aufgabe fällt der s o z i a l e n H y g i e n e, insbesondere ihrer Untergruppe, der F o r t p f l a n z u n g s h y g i e n e, zu.

Der zweite Teil der Aufgabe gehört der ärztlichen Heilkunde und baut sich auf dem Boden einer erweiterten Pathologie der Fortpflanzung auf.

Auf diese haben sich meine Ausführungen zu beschränken.

Die Fortpflanzungshemmungen lassen sich in zwei grosse Gruppen einteilen, die gewollten und die ungewollten. Mit letzteren will ich beginnen.

I. Die ungewollten Fortpflanzungshemmungen.

Die sterilen Ehen verursachen einen grossen Ausfall an Geburten. Die Sterilitätsstatistik hat wenig Anspruch auf Genauigkeit, da nur die kinderlosen Ehefrauen gezählt sind, auf die geschlechtstätigen Mädchen aber, auf Aborte, Ehedauer und Zeugungsfähigkeit des Mannes keine Rücksicht genommen ist. Auch der Anteil des kriminellen Aborts und des Präventivverkehrs an den sterilen Ehen lässt sich nicht berechnen. Man schätzt den Prozentsatz der sterilen Ehen mit 10—12% für Deutschland meines Erachtens zu gering ein. In Frankreich beträgt er 12,5, in Amerika 14%. Ich glaube, dass von den rund 500 000 Ehen, welche durchschnittlich in Deutschland im Jahre geschlossen werden, 100 000 steril sind. Davon 25% wegen Azoospermie des Mannes, weitere 25—30% wegen Tripperinfektion der Frau. Von der anderen Hälfte fällt ein Teil entzündlichen Erkrankungen nach Abort und Geburt, Infektionskrankheiten usw. und ein Teil konstitutiver Minderwertigkeit zu, welche in allgemeiner oder lokaler Entwicklungshemmung (Infantilismus und genitale Hypoplasie) und in Allgemeinkrankheiten (Anämie, Chlorose, Diabetes, Nierenkrankheiten, Lues usw.) beruht. Ein weiterer Teil fällt biochemischen Ursachen, d. h. einer Disharmonie von Sperma und weiblichem Genitalsekret zu. Ein kleiner Rest beruht in psychosexuellen Störungen.

Die meisten von diesen Fortpflanzungshemmungen sind der ärztlichen Einwirkung zugänglich. Die gonorrhoischen auf dem Wege der Prophylaxe und konservativen Therapie. Hier wird der ganze Apparat, welcher der Verhütung der Geschlechtskrankheiten dient, in Anwendung gebracht werden müssen. Bei der Behandlung muss der Konservatismus bis aufs Äusserste durchgeführt werden, da nur er die Erhaltung und Wiederherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit ermöglicht. Deswegen bin ich der Meinung, dass jede mit Tripper akut infizierte Frau auf lange Zeit ins Bett gehört, und dass lokale Massnahmen nach Möglichkeit eingeschränkt werden müssen, weil sie die Gefahr des Aufsteigens

über den inneren Muttermund hinaus fördern. Nach Ablauf des akuten Stadiums und bei Erkrankung der inneren Genitalien bieten allein die physikalischen Behandlungsmittel Gewähr für Wiederherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit. Daneben kommt die Serumtherapie und die Proteinkörper-Behandlung in Betracht.

Derjenige Teil der erworbenen Sterilität, welcher auf entzündliche Erkrankungen anderer Art zurückzuführen ist, ist gleichfalls der Prophylaxe und konservativen Therapie zugänglich. Die Entfernung chronisch entzündeter Adnextumoren kommt nur in Betracht, wenn alle anderen Möglichkeiten subjektiver Heilung erschöpft sind.

Der primären Sterilität, welche auf Missbildung der Genitalorgane, auf allgemeiner Entwicklungshemmung und Stoffwechselstörung (Fettleibigkeit und Diabetes) und auf Störung in der Wechselwirkung innersekretorischer Drüsen beruht, standen wir bis vor kurzem noch hilflos gegenüber. Prophylaktisch muss die soziale Hygiene zugreifen mit der Fürsorge für den Säugling, das Kleinkind, das Schulmädchen und die schulentlassene Jugend, mit dem Schutz jugendlicher Arbeiterinnen und einer grosszügigen Hygiene der Pubertät. Die einmal ausgebildete lokale Hypoplasie ist der Organtherapie zugänglich, zumal wenn sie mit physikalischen Mitteln unterstützt wird. Ich habe manchen Erfolg dabei gesehen. Auch fixierende Operationen können in geeigneten Fällen nützen.

Allerdings muss dabei scharf zwischen dem angeborenen allgemeinen konstitutionellen Infantilismus und dem nur lokalen Hypogenitalismus unterschieden werden. Zwar ist die Unterentwicklung des Genitale stets ein wichtiges Symptom des allgemeinen Infantilismus. Aber sie ist doch nur ein Teil des ganzen Symptomenkomplexes, zu welchem als besonders charakteristisch noch die mangelhafte Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale, der schmale Körperwuchs, die ungewöhnliche Länge der Extremitäten, Enge der oberen Brustapertur und Verknöcherung des ersten Rippenknorpels, fluktuierende 10. Rippe, Besonderheiten der Gesichts- und Schädelbildung, der Ohren, der Zähne, Stellung der unteren Extremitäten, Form und Stellung der Schamspalte gehören. Diese Mädchen sind körperlich durchaus minderwertige Individuen, meist erblich schwer belastet und zur Fortpflanzung untauglich, im eigenen Interesse sowohl wie in dem der Allgemeinheit. Entgegen den Bestrebungen mancher Gynäkologen, sie durch operative Massnahmen und organtherapeutische Behandlung dem Fortpflanzungsgeschäft zuzuführen, habe ich die Notwendigkeit der Ausschliessung dieser Individuen mehrfach

betont. Diese Forderung hat allerdings keine grosse praktische Bedeutung, da diese Frauen meist unheilbar steril sind oder, wenn einmal Konzeption eintritt, abortieren. In den ganz seltenen Fällen aber, in denen sie gebären, tragen die Kinder der Mutter Erbe.

Ganz anders stehen die Dinge bei dem lokalen Hypogenitalismus. Je länger ich mein Augenmerk darauf richte, um so mehr bin ich überzeugt, dass diese Hypoplasie der Genitalien oft in einem sonst voll und normal entwickelten Frauenkörper gefunden wird. Diese Frauen leiden an Menstruationsstörungen, oft mehr oder weniger langer Amenorrhöe, postponierenden Menses, Dysmenorrhöe, Dyspareunie, Abort und Sterilität. Sie haben eine enge kurze Scheide mit besonders kurzer vorderer Scheidenwand, flache resistente Scheidengewölbe, kleine und kurze spitz zulaufende Portio, kleines Corpus uteri, welches meist stark anteflektiert oder retrovertiert ist. Auch Tuben und Ovarien sind hypoplastisch, letztere bisweilen in der Beckeneingangsebene oder wenig tiefer gelegen. Mitunter betrifft die Hypoplasie auch nur einzelne Teile der Genitalorgane.

Dieser Zustand ist als Rückstand eines vor oder in der Menarche wirksam gewesenen, die Genitalentwicklung hemmenden Prozesses zu betrachten, welcher die Genitalien auf einer kindlichen Stufe festgehalten hat, während die übrigen Körperformen unter dem Einfluss günstiger Bedingungen späterhin zur vollen Ausbildung gelangt sind. Inwieweit an dieser Wachstumshemmung hereditäre Momente, inwieweit etwa erworbene Störungen der inneren Sekretion mitgewirkt haben, lässt sich vorerst nicht entscheiden. Dazu bedarf es weiterer klinischer und experimenteller Untersuchungen.

In diesen Fällen muss der Gynäkologe nach Kräften bemüht sein, den Frauen auf medikamentösem, physikalisch-therapeutischem und gegebenen Falles auf operativem Wege zur Konzeption zu verhelfen. Die Schwangerschaftsbefähigung ist allerdings gering. Nach Siegel sind 54% steril. Der Kinderdurchschnitt für die Ehe beträgt 1,1.

Die auf Stoffwechselstörungen beruhende Sterilität kann durch Behandlung der Ursache geheilt werden. Dasselbe gilt für die durch Lageveränderung bedingte. Dabei muss der Arzt sich aber von der Vorstellung des mechanischen Hindernisses frei machen, weil sie zu falschen Massnahmen und häufig zu einer unheilvollen Vielgeschäftigkeit führt, welche die Fortpflanzungsfähigkeit nicht nur nicht wieder herstellt, sondern im Gegenteil für immer zerstört. Denn nicht die Lageveränderung als solche ist die Ursache der Sterilität, sondern die in ihrem Gefolge auftretenden Veränderungen der Uteruswand. Insbesondere bei der

spitzwinkeligen Anteflexio uteri spielt die sogenannte Zervikalstenose in der allgemeinen ärztlichen Vorstellung noch eine unheilvolle Rolle. In Wirklichkeit gibt es gar keine Stenose des inneren Muttermundes.von der Art, dass sie den Spermatozoen den Zugang versperrt[1]). Schon B. S. Schultze, welchem wir die Pathologie der Anteflexio uteri verdanken, sagt, dass, wo Menstruationsblut herauskäme, auch Spermatozoen hineinkönnten. An der Klinik der Dysmenorrhöe lässt sich nachweisen, dass die Lichtung des Zervikalkanals eine völlig unerhebliche Rolle spielt. Für die Sterilität gilt dies umsomehr, wenn man bedenkt, dass es den Spermatozoen gelingt, durch mikroskopisch kleine Gänge und Öffnungen hindurch zu dringen.

Weil[2]) knüpft an meine Ausführungen über die mechanischen Ursachen der Sterilität und die Bedeutungslosigkeit der sog. Zervikalstenose an und erläutert sie durch Angabe von exakten Zahlen als Ausdruck des Verhältnisses zwischen der Grösse des Spermatozoon und der Lichtung des Zervikalkanals. Danach beträgt der grösste Querdurchmesser eines Spermatozoenkopfes etwa 2—3 μ bei einer Kopflänge von 3—5 μ, einem Mittelstück von 6 μ Länge und 1 μ Breite und einer Schwanzlänge von 40—60 μ. Der Zervikalkanal aber muss mindestens so weit sein, dass ein Leukozyt ihn passieren kann. Dieser misst ca. 13 μ im Durchmesser, ist also 3—4 mal so gross als der eines Spermatozoon. Da sowohl Menstrualblut als Uterussekret mit seinen zahlreichen Zellbeimengungen durch den Zervikalkanal hindurchgehen, so müssen auch die Spermatozoen hineingelangen können. Angebliche Schleimhautfalten und Verklebungen sind nur theoretische Notbehelfe, welche dazu dienen sollen, die mechanische Vorstellung zu retten. Nehmen wir selbst nur eine Lichtung von dem Durchmesser eines Haares an, also 0,1 mm, die aber zweifellos viel zu klein gegriffen ist, so verhält sich ein Spermatozoon dazu immer noch wie 3:100.

Daran ändert nichts der Mangel einer hinreichenden Erklärung der gelegentlichen Erfolge nach Erweiterung des Kanals. Wir sind über die Physiologie der Konzeption noch äusserst mangelhaft unterrichtet. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Eigenbewegung der Spermatozoen sowie besondere biochemische Eigenschaften des Zervikalschleims von ausschlaggebender Bedeutung

---

[1]) Max Hirsch, Zur Klinik der Zervixstenose, Dysmenorrhoe und Sterilität. Berl. klin. Wochenschr. 1920. Nr. 52.

[2]) A. Weil, Die chemischen Ursachen der Spermatozoenbewegung. Archiv f. Frauenk. Bd. 7. H. 3.

sind. Die Erfolge der Operation[1]) sind doch so kläglich und so rein zufälliger Natur, dass man daraus keinen Rückschluss auf die Kanalenge als Ursache der Sterilität ziehen darf. Viel öfter sieht man unter konsequenter konservativer Behandlung, durch welche es gelingt, eine Hyperämisierung und Auflockerung der Gewebe, Wachstum und Steigerung der Funktion herbeizuführen, Konzeption eintreten.

Aus der Tatsache, dass nach einer Geburt die vorher lange ausgebliebenen Konzeptionen schneller aufeinander folgen, ist der Schluss gezogen worden, dass der quergespaltene Muttermund der Konzeption günstiger sei als der runde der Nulliparen. Auch das ist ein Trugschluss und widerspricht dem fundamentalen Gesetz der Zweckmässigkeit in der Natur. Durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett werden vielmehr die Starre der Gewebe, die muskuläre Insuffizienz sowie die Minderleistung ein für allemal beseitigt und so die Konzeption begünstigt.

Der hier und da beobachtete Eintritt der Konzeption nach einmaliger Sondierung des bis dahin sterilen Uterus beruht darauf, dass die Sonde im Zervixkanal befindliche Spermatozoen in die Höhe befördert hat. Also eine Art künstlicher Befruchtung. Dass sie den Weg nicht durch eigene Kraft zurücklegen können, liegt nicht an der Enge des Muttermundes. Wenn derselbe weit genug ist, um die Sonde und das Menstrualblut durchzulassen, so dürfte er auch den Spermatozoen genügen.

Die mechanische Auffassung der Sterilität spielt in der Praxis heute noch eine ungeheure Rolle. In den Köpfen der meisten Ärzte ist Sterilität mit dem Begriff der Zervixstenose aufs engste verbunden. Und es ist eine betrübende Tatsache, dass diese veraltete und ganz und gar unbegründete Auffassung den Boden einer völlig irrationellen Therapie und einer verheerenden Vielgeschäftigkeit bildet. Nicht in der Lichtung des Zervixkanals, sondern in der **funktionellen** Minderwertigkeit der hypoplastischen Gewebe und in Störungen des Chemismus der Genitalsekrete ruht die Ursache der Sterilität. Darum ist es hohe Zeit, dass Begriff und Krankheitsbild „Zervixstenose“ aus Lehrbüchern, Unterricht und Praxis verschwinden.

---

[1]) Fälle wie die jüngst mitgeteilten von Nagel (Monatsschr. f. Geburtsh. 1920. Bd. 53), in deren meisten die Sterilität weniger als 5 Jahre bestanden hat, dürfen nicht als Erfolge der Therapie verzeichnet werden.

Die physiologischen Bedingungen der Konzeption sind eben noch wenig erforscht. Die chemische Reaktion und Zusammensetzung der weiblichen Genitalsekrete, insbesondere der Scheide und des Zervix sind für die Spermatozoenbewegung von grosser Wichtigkeit. Viele von den vermeintlichen mechanischen Ursachen der Sterilität sind zweifellos auf eine Abweichung vom normalen Chemismus des Genitalsekrets zurückzuführen, durch welche die Lebens- und Bewegungsfähigkeit des Sperma beeinträchtigt wird.

Die chemische Beschaffenheit des Vaginalsekretes ist von mannigfachen Faktoren abhängig. Katarrhe der Scheide, des Zervix und des Uterus können sie so verändern, dass die Spermatozoen in ihrer Lebensfähigkeit geschädigt werden. Auch von der Funktion des Eierstocks wird der Chemismus der Scheide beeinflusst, wobei unentschieden bleiben muss, ob der follikuläre oder der interstitielle Teil des Eierstockgewebes oder beide zusammen die regulierende Rolle spielen. Saure Reaktion und Reinkultur von Vaginalbazillen bezeichnen denjenigen Zustand, bei welchem die Konzeptionsfähigkeit am grössten ist. Alle Abweichungen chemischer oder bakterieller Art setzen die Fruchtbarkeit herab. Das gilt insbesondere von Bakteriengemischen und Kokkenanhäufungen aller Art. Der sog. Selbstschutz der Scheide ist an die Vaginalbazillen gebunden.

Der Gehalt des Scheidensekrets an Milchsäure scheint für die Bewegungsfähigkeit und Lebensdauer der Spermatozoen entscheidend zu sein. Bei Zusatz von 0,5% und 1% Milchsäure zu 10% Ringerlösung bei 37° fand Weil sie sofort aufhören, während sie bei 0,1% Milchsäure 3 Stunden dauerte. Dieses Optimum aber gäbe immer noch recht geringe Aussichten auf Konzeption, wenn nicht durch Zusatz von normalem Zervixschleim, welcher alkalisch reagiert, die Dauer der Bewegungsfähigkeit der Spermatozoen auf 8 Stunden ausgedehnt wurde. So sehen wir die besten Chancen im Zusammenwirken von saurem Vaginal- und normalem Zervixschleim bei Reinkultur von Vaginalbazillen. Änderung dieses Chemismus bei pathologischen Sekretionen infolge Vaginitis oder Endometritis wirken hemmend auf der Spermatozoenbewegung ein.

Wie sehr die Befruchtung vom Chemismus der Genitalsekrete abhängt, zeigen die Versuche von Metschnikow, Landsteiner und Dunbar, in welchen nach parenteraler Zufuhr von Sperma spermatotoxische Substanzen auftraten. Das zeigen ferner die Tierversuche von Dittler, welcher weibliche Tiere durch parenterale Spermazufuhr steril machte.

Von grosser Bedeutung für die Fortpflanzung ferner sind die Keimschädigungen, d. h. die Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit durch Schädigung der Keimzellen in den Keimdrüsen. Diese werden verursacht durch Gifte, unter denen der Alkohol, das Morphium, das Syphilisgift eine volkshygienisch bedeutende Rolle spielen. Wichtig ist auch die Schädigung der Keimzellen durch gewerbliche Gifte wie Blei, Phosphor und Arsen. Endlich kommen auch akute Infektionskrankheiten wie Scharlach, Typhus, Gelenkrheumatismus und Grippe als Keimschädigungen in Betracht.

Ich muss mir versagen, an dieser Stelle die gesamte Pathologie der Keimvergiftungen und ihre Bedeutung für die Fruchtbarkeit zu entwickeln. Es sei mir anstatt dessen erlaubt, auf meine früheren Arbeiten über diesen Gegenstand zu verweisen [1]). Die Therapie ist im wesentlichen prophylaktischer Art und Sache der individuellen und sozialen Hygiene.

Schliesslich sind die Fortpflanzungshemmungen zu erwähnen, welche auf einer Störung der Ovulation beruhen. Es gibt Fälle, in denen die Ovula nicht ganz ausreifen, und solche, in denen die ausgereiften Ovula den Follikel nicht verlassen, sondern im ungeplatzten Follikel zugrunde gehen. Ferner Zustände, welche anatomisch als kleinzystische Degeneration der Eierstöcke bezeichnet werden. Die Ätiologie dieser Fälle ist fast noch völlig im Dunkel. Prophylaxe und Therapie sind daher meist wesenlos.

Ein Mittel, die Ovarialfunktion zu beurteilen, bietet die Abrasio. Wir kennen heute den menstruellen Zyklus der Uterusschleimhaut so genau, dass wir an dem histologischen Bilde die Zeit des Intermenstruums bestimmen können. Stimmt das histologische Urteil mit der menstruellen Anamnese überein, so ist die Ovarialfunktion in Ordnung.

Störungen der inneren Sekretion können die Vitalität des weiblichen Ovulums so beeinflussen, dass es entweder eine zu geringe Lebensdauer hat, um befruchtet zu werden, oder dass seine

---

[1]) Max Hirsch, Der Geburtenrückgeng. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie. 1911. H. 5. — Frauenerwerbsarbeit und Frauenkrankheiten. Verhandlungen des VI. internationalen Kongresses für Geburtshilfe und Gynäkologie 1912. — Frauenerwerbsarbeit und Frauenkrankheiten. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 1913. — Frauenerwerbsarbeit und Volksvermehrung. Die Hygiene 1912. — Die eugenetische Indikation in der gynäkologischen Praxis. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 1913. — Fruchtabtreibung, Präventivverkehr und Geburtenrückgang. Würzburg. 1913. — Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau mit besonderer Berücksichtigung der Geburtshilfe und Gynäkologie. Stuttgart. 1919. — Die Gattenwahl. Leipzig. 1922.

Entwicklungstendenz nach erfolgter Kopulation zu gering ist und nach wenigen Tagen erlischt. Diese Mängel können aber auch im Keimplasma auf dem Wege des Erbganges begründet sein.

Alle diese wichtigen biologischen Zustände und Vorgänge sind noch wenig geklärt. Aber sie werden in der Lehre von der Sterilität zweifellos viel zu sehr zugunsten mechanischer Vorstellungen unterschätzt.

Über die Bedeutung der Libidio sexualis und des Orgasmus für die Konzeptionsfähigkeit ist noch immer keine Einigkeit erzielt. Es ist ja überaus schwer, wenn nicht unmöglich, darüber objektiv etwas festzustellen. Die Erfahrung jedenfalls lehrt, dass völlig anästhetische Frauen leicht konzipieren, und dass auch im Zustand der Bewusstlosigkeit Konzeption stattfindet. Ich persönlich bin der Ansicht, dass die Geschlechtsempfindung auf die Empfängnisfähigkeit von geringem Einfluss ist, und dass die vermeintliche aktive Beteiligung des Uterus in Form von Bewegungen des Muttermundes, Niedersteigen des Muttermundes, Ausstossung des Zervikalpfropfes, Uterusreflex usw. Phantasiegebilde sind, von denen wir uns möglichst bald wieder befreien müssen. Uterus und Zervix sind nicht Kohabitationsorgan, sondern Fruchthalter.

Ich messe der psychischen Bereitschaft nicht die Bedeutung zu, welche manche Autoren ihr zubilligen, obzwar sie nicht missachtet werden darf, wie überhaupt nichts im natürlichen Geschehen ohne Bedeutung ist.

Ob Sympathikotonus und Nebennieren in diesem Fragenkomplex eine Rolle spielen, wie Lahm[1]) annimmt, kann vorerst nicht entschieden werden, weil klinische und experimentelle Untersuchungen fehlen.

II. Die gewollten Fortpflanzungshemmungen.

Wir kommen nunmehr zu der Frage, welche Mittel dem Arzt zur Verfügung stehen, um die gewollte Sterilität der Frau, bzw. deren Methodik, Präventivverkehr und Fruchtabtreibung, zu beeinflussen. Diese Frage darf man ruhig als die Kardinalfrage des ganzen Geburtenrückgangsproblems bezeichnen. Denn Schwangerschaftsverhütung und Schwangerschaftsunterbrechung sind die wesentlichsten Ursachen des Geburtenrückganges. Noch immer hört man die Meinung, dass Erforschung und Bekämpfung dieser Dinge nicht Sache des Arztes sei. Im Gegensatz dazu bin ich der Meinung, dass eine Wissenschaft, welche so sehr in der Lage ist wie die Gynäkologie,

[1]) Zentralbl. f. Gynäkol. 1922. Nr. 16.

die Wurzeln dieser volkvernichtenden Erscheinung blosszulegen, auch das ihrige dazu beitragen muss. Allerdings darf das nicht in dem Geiste geschehen, welcher den Frauen das Gebären zur unbedingten und öffentlichen Pflicht macht und den Ärzten die Überwachung dieser Pflicht zur Aufgabe stellt. Dieser Geist entspringt einer völligen Verkennung der Stellungnahme des Volkes gegenüber dem Fortpflanzungsproblem und seiner gesamten seelischen Verfassung. Ein Ärztestand, welcher der psychischen Wandlung der Massen nicht Rechnung trägt, verliert die Führung, wie es ja leider in Sachen des Geschlechtslebens in der Tat geschehen ist. Die Menschen haben sich geändert. An Stelle der schrankenlosen Fortpflanzung ist die zweckbewusste Geburtenbeschränkung getreten, und es wird nie gelingen, weder durch Strafgesetze noch durch Polizeivorschriften dem Volke einen Fortpflanzungstypus aufzuzwingen, welchen es nicht haben will.

Im Ursachenkomplex der absichtlichen Geburtenbeschränkung spielen wirtschaftliche Not und soziale Umstände die grösste Rolle. Die Geburtenbeschränkung wird zum Mittel im Kampfe ums Dasein und im kulturellen Wettbewerb. Es hat keinen Sinn, wenn die Heilkunde sich diesen Tatsachen verschliesst und sich ablehnend gegen sie verhält.

Als Mittel, diesen Motiven zu begegnen, stehen ihr die sozialen Anzeigen zur Konzeptionsverhütung und Schwangerschaftsunterbrechung zur Verfügung. Den letzteren steht das Strafgesetzbuch im Wege. Seine Erweiterung nach der Seite der sozialen Indikation muss angestrebt werden[1]). Schwangerschaftsverhütung aber nach sozialen Gesichtspunkten verbietet das Gesetz nicht.

Die Anwendung der sozialen Indikation bringt volkshygienischen Nutzen in mehrfacher Hinsicht.

1. Sie ist ein wirksames Mittel im Kampfe gegen die Fruchtabtreibung.

2. Sie setzt die Ärzteschaft in die Lage, durch vernunftgemässe Beratung in Sachen der Fortpflanzung Einfluss auf den Zeugungswillen des Volkes zu gewinnen und die verlorengegangene Führung in Sachen des Geschlechtslebens wieder zu erlangen.

---

[1]) Wachtel, Sonderfälle der Fruchtabtreibung. Monographien zur Frauenkunde und Eugenetik, Sexualbiologie und Vererbungslehre. Leipzig. 1922. Nr. 3. — Max Hirsch, Die soziale und eugenetische Indikation für Unterbrechung der Schwangerschaft. Deutsch. med. Wochenschr. 1918. S. 5. — Derselbe, Die Fruchtabtreibung, ihre volkshygienische Bedeutung usw. Stuttgart. 1921.

3. Sie verhindert die Überlastung der Familien durch Vermehrung der Kopfzahl und ihr Herabsinken in Armut, Krankheit und sittliches Elend.

Damit wird sie zum Mittel im Kampfe gegen Säuglingssterblichkeit, Tuberkulose, Trunksucht und Verbrechen.

Die Heilkunde darf ferner nicht wie bisher ausschliesslich auf die Quantität des Nachwuchses eingestellt sein, sondern muss der Qualität ihr Augenmerk zuwenden. Unterlässt sie das, so verkennt sie den Geist der Zeit und auch den Gang der naturwissenschaftlichen Entwicklung. Die Vererbungslehre ist in den letzten zwei Jahrzehnten zu einer Wissenschaft geworden, welche nicht mehr nur als ein Grenzgebiet der Medizin, sondern, ich wage es zu behaupten, als ein wesentlicher Teil der Heilwissenschaft betrachtet werden muss. In dieser Erkenntnis habe ich im Jahre 1913 die eugenetische Indikation[1]) aufgestellt und mit den damals verfügbaren, heute schon bedeutend erweiterten Mitteln zu begründen versucht. Anfangs heftig abgelehnt, ist sie seitdem nicht wieder aus der Diskussion verschwunden, hat immer mehr an Boden gewonnen und ist heute von vielen massgeblichen Stellen anerkannt. Sie verlangt Berücksichtigung der Ergebnisse der Vererbungslehre und Familienforschung in der Fortpflanzungstherapie und dient auf diese Weise dem gesundheitlichen Aufbau des Volkes. Und wenn auch die Volkszahl nicht unmittelbar durch sie gehoben wird, so dient sie der Bekämpfung des Geburtenrückganges doch mittelbar dadurch, dass durch Ausschaltung der Untauglichen und Minderwertigen aus dem Fortpflanzungsprozess die nicht gewollten Fortpflanzungshemmungen vermindert werden, und weiterhin Raum für die Vermehrung der tüchtigen Volkselemente geschaffen wird. —

Wir kommen zu der fortpflanzungstherapeutischen Aufgabe, welche die operative Geburtshilfe zu erfüllen hat. Da besteht nun die traurige Tatsache, dass trotz aller Fortschritte auch heute noch der Kindesverlust in der Geburt recht beträchtlich ist. Benthin hat berechnet, dass der Ausfall an lebensfähigen Kindern in der Geburt im ganzen 3,65 % beträgt. Das bedeutet für Preussen jährlich einen Verlust von 42 000 bis 50 000, für Deutschland, in welchem jährlich durchschnittlich 2 Millionen Kinder geboren werden, einen solchen von 70 000—80 000 lebensfähigen Kindern.

Dieser Verlust verteilt sich auf die Geburtsanomalien folgendermassen: 20 000 Kinder gehen durch enges Becken, 2500 durch

---

[1]) s. Anm. S. 42.

Placenta praevia, 20 000 durch Beckenendlage, 5 000—6 000 durch Querlage, 3 000—4 000 durch Deflexionslagen, 6 000—8 000 durch Vorfall der Nabelschnur zugrunde.

Die meisten Opfer fordert also das enge Becken. Nicht das geringeren Grades, dessen Conjugata vera über 9 cm ist. Der zunehmende Kindesverlust setzt erst bei einer Conjungata von 8,5 cm und weniger ein, so dass bei einer solchen von 7,5 cm nur noch 50% der Kinder spontan und lebend geboren werden. Von den operativen Entbindungsmethoden hat die künstliche Frühgeburt eine Kindesmortalität von 19,8—27,3%, die prophylaktische Wendung von 25—30%, die hohe Zange von 40—50%, die Beckenspaltung von 10%, der abdominale Kaiserschnitt von 0—4,9%. Die besten Chancen für das kindliche Leben bietet also der abdominale Kaiserschnitt.

Ähnlich ist die Lage bei Placenta praevia und vielen anderen Geburtsstörungen. Und es erhebt sich nun die Frage, ob der Kaiserschnitt zur Operation der Wahl werden darf. Und ob diese Rettung der kindlichen Leben im Einzelfall einen Gewinn für die Volksziffer bedeutet. Da ergibt sich denn ein Widerstreit zwischen dem Interesse des Einzelmenschen und dem der Gesamtheit.

Bevor der Geburtenrückgang die Geister bewegte und mit Angst um den Bestand des Volkes erfüllte, da war es höchster Grundsatz der Geburtshilfe, das Leben der Mutter zu retten und diesem Ziele gegebenen Falles das Leben des Kindes zu opfern. Dieser Standpunkt ist heute wesentlich verschoben. Die Losung lautet Mutter **und** Kind. Ihr zu Liebe greift man im Vertrauen auf Aseptik und Technik zu heroischen Entbindungsverfahren ohne Rücksicht auf die Wünsche und die Gemütslage der kreissenden Frau. Und so rettet man in der Tat im Einzelfall kindliche Leben, welche sonst vielleicht verloren gegangen wären. Und man wiegt sich zufrieden in dem Gedanken, die Zukunft des Volkes geschützt, den Geburtenrückgang bekämpft, Bevölkerungspolitik getrieben zu haben.

Diese Meinung aber ist falsch. Es kommt nicht allein auf den Endeffekt an, dass Frau und Kind am Leben bleiben, sondern es kommt darauf an, wie diese Methoden auf den Gebärwillen der Frauen und den Zeugungswillen beider Geschlechter wirken. Diese Wirkung aber ist abhängig von den Folgen, welche die Entbindungsverfahren für Mutter und Kind haben. Und zwar nicht nur von den unmittelbaren, sondern auch von Spätfolgen wie verzögerte Rekonvaleszenz, Beeinträchtigung der Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit der Mutter, erschwerte Aufzucht und

Lebenswert der Kinder. Sie ist aber vor allem abhängig von dem seelischen Eindruck, welchen die Operation auf die Frau und auch auf den Mann ausübt. Je ungünstiger alle diese Folgen sind, um so mehr wird der Fortpflanzungswille geschädigt. Ich müsste die gesamte operative Geburtshilfe erörtern, wollte ich diese Zusammenhänge erschöpfend beweisen. Ich will es an einem Beispiel tun, dem des Kaiserschnittes. Betrachten wir seine Indikationen.

1. Die ursprünglich einzige Indikation, in welcher das Wesen des Kaiserschnittes begründet lag, war die absolute Gebärunmöglichkeit. Sie wurde angenommen bei engem Becken mit Conjungata vera von 6 cm und darunter. Die Operation geschah ausschliesslich im Interesse der Mutter. Diese Indikation ist natürlich auch heute noch unanfechtbar.

2. Später und meist erst vor wenigen Jahren wurde sein Anzeigenbereich erweitert durch den Wunsch nach Ausschaltung des Geburtsaktes teils im Interesse der Mutter, teils im Interesse des Kindes bei engem Becken geringeren Grades, bei Placenta praevia, Hängebauch, Tumoren, Herzfehler, Varizen usw.

3. Eine dritte Erweiterung geschah durch den Wunsch nach sofortiger und schnellster Beendigung der Schwangerschaft bei Eklampsie, Nephritis, vorzeitiger Plazentalösung, Ileus usw.

4. Dazu ist neuerdings die prophylaktische Indikation gekommen, welche Anwendung finden soll nur im Interesse des Kindes, wenn Gefahren für sein Leben befürchtet werden und diese vermieden werden sollen.

5. Endlich macht sich verschämt und versteckt noch eine Indikation bemerkbar, welche im wesentlichen der Bequemlichkeit der Frauen und der Ärzte dient, welche ihnen den Geburtsakt ganz und gar abnimmt und eine immerhin schnelle, leichte und angenehme Art einmaliger Entbindung am Schwangerschaftsende genannt werden darf.

Heute liegt die Sache so, dass der Kaiserschnitt nicht nur bei lebensgefährlichen Anomalien und schweren Geburtsstörungen, sondern bei allen möglichen Erkrankungen der Mutter angewendet wird. Im Vertrauen auf Technik und Asepsis ist er zur Operation der Operationen geworden. Er wird angewendet bei allen möglichen Graden des engen Beckens, bei alten Erstgebärenden, bei Weichteilschwierigkeiten, Wehenschwäche, abnormen Stirn- und Gesichtslagen. Gewiss ist es überaus bestechend, in allen diesen Fällen den eleganten und unter guten klinischen Verhältnissen fast lebenssicheren Kaiser-

schnitt zu machen, besser als dass man die Frauen sich tagelang quälen lässt. Dazu wird der Kaiserschnitt oft ein lebendes Kind erzielen, wo die Geburt auf natürlichem Wege ein totes Kind ergeben hätte.

Aber nun richtet sich die Frage auf: was bedeutet diese Art der Geburtshilfe, was bedeutet der Kaiserschnitt für das Wachstum der Volksziffer? Bringt diese Überspannung der operativen Indikationen bevölkerungspolitischen Nutzen?

Die Erweiterung der Anzeigen zum Kaiserschnitt und die Abweichung von seiner ursprünglichen Bedeutung sind in ihrem grössten Teil dem bevölkerungspolitischen Gedanken entsprungen, möglichst jedes Kindesleben zu retten. Aber sie bedeuten nicht nur eine Verkennung der seelischen Verfassung des Volkes und insbesondere der Frauen und der Macht ihres Fortpflanzungswillens, sondern auch eine völlig irrige Einschätzung der Bedeutung des Kaiserschnittes für die Fruchtbarkeit der Frau und die Geburtenzahl des Volkes.

Erstens ist der Kaiserschnitt durchaus nicht eine so lebenssichere Operation, als welche sie meist hingestellt zu werden pflegt. Gewiss unter guten klinischen Bedingungen ist seine Mortalität gering. Aber im allgemeinen Landesdurchschnitt z. B. in Baden beträgt sie noch immer die erhebliche Zahl von 14%. Sie betrifft meist junge Frauen, von denen manche, wenn, anstatt dass der Kaiserschnitt gemacht wurde, das Kind geopfert worden wäre, später noch einmal oder auch mehrmals gefahrlos geboren hätte. Insbesondere wenn Beckenengen geringerer Grade die relative Indikation gegeben haben. Hat doch Schauta beim engen Becken 79,8% Spontangeburten feststellt. Aber es kommt noch wichtigeres. Nach den Erfahrungen der Giessener Frauenklinik bleiben nach dem Kaiserschnitt rund 60% der Operierten kinderlos. Davon sind 6% operativ sterilisiert. Von den übrigen 54% kann man also ohne grossen Fehler sagen, dass sie freiwillig kinderlos geblieben sind und sich als Mittel hierzu des Präventivverkehrs oder der Fruchtabtreibung bedient haben. Daraus geht hervor, was der Kaiserschnitt bei der erweiterten Indikationsstellung für die Geburtenzahl bedeutet. Der Augenblickserfolg, dass ein lebendes Kind erzielt, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass nur 40% der Frauen nochmals zur Geburt kommen. Der Kaiserschnitt hat den Frauen die Lust dazu genommen. Somit rettet die operative Geburtshilfe wohl eine Anzahl von Erst- und allenfalls Zweitgeborenen, verscheucht aber die Dritt- und Viertgeborenen, welche von den gebärunlustig

gewordenen Frauen im Keime getötet werden oder deren Konzeption verhindert wird. Die Geburtshilfe muss sich so einstellen, dass sie die Frau für den Fortpflanzungsgedanken gewinnt. Denn ohne freiwilliges Mittun der Frauen wird nichts erreicht.

Aus denselben Gründen bin ich auch seit Jahren immer wieder für eine Erweiterung der Indikationsstellung zur ärztlichen Unterbrechung der Schwangerschaft eingetreten, und zwar sowohl nach der medizinischen als auch nach der sozialen und eugenetischen Richtung hin.

Die von der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen im Jahre 1916 aufgestellten Indikationen werden den Forderungen der Fortpflanzungstherapie und generativen Prophylaxe nicht gerecht. Und wenn sogar neuerdings die bisher unbestritten anerkannte Unterbrechung der Schwangerschaft bei absoluter Beckenenge abgelehnt und an Stelle dessen der Kaiserschnitt verlangt wird, so bedeutet das wiederum eine völlige Verkennung der Gedankenrichtung und Gefühlslage des Volkes und wirkt einer vernünftigen Fortpflanzungstherapie entgegen, indem sie die Menschen zur Selbsthilfe, also zur Fruchtabtreibung veranlasst und den damit verbundenen Gefahren entgegenführt.

Unter demselben Gesichtswinkel ist die Forderung zu betrachten, dass die Geburtshilfe fortan nicht mehr im Privathause, sondern in öffentlichen Anstalten vollzogen werde. Und zwar nicht mehr nur in den Fällen pathologischen Verlaufs, wo ärztliche Hilfe erforderlich ist, sondern in allen Fällen. Für diesen Zweck sollen den grossen Krankenanstalten geburtshilfliche Ambulatorien angegliedert werden, in denen die Frau ihre Niederkunft vollzieht, und in denen sie die ersten Tage des Wochenbetts zubringt. Auch diese Massnahme würde wie jeder andere Zwang den Fortpflanzungswillen der Frauen und der Männer aufs unheilvollste beeinflussen. Nicht in den begüterten Kreisen, in denen schon heute die Niederkunft meist in Kliniken vollzogen wird, und in denen im Hause Personal und Hilfskräfte zurückbleiben, um die Hauswirtschaft aufrecht zu erhalten, sondern in den breiten Schichten des Volkes, vor allem im Kreise der Arbeiter und Bauern. Hier ist die Entfernung der Frau aus dem Hause, auch wenn sie dort nur vom Bette aus anordnen und überwachen kann, mit Unbequemlichkeiten und hauswirtschaftlichen Nachteilen verbunden und trägt nicht dazu bei, die Niederkunft im wirtschaftlichen Sinne zu erleichtern. Das bevölkerungspolitische Interesse aber erheischt es, dass alle ökonomischen Schwierigkeiten vermieden

werden, und dass die Niederkunft den Eheleuten als ein natürlicher, harmloser und ungefährlicher Vorgang erscheint.

Die Geburtshilfe muss aufhören, die Frauen nur als Objekte ihres Wirkens zu betrachten und ihre Gemütslage ganz zu übersehen. Sie muss ihre Methoden der seelischen Konstitution des Volkes anpassen.

Aus diesem Grunde bin ich stets dafür eingetreten, dass die schmerzlose Geburt vervollkommnet, gepflegt und verallgemeinert werde. Denn es ist kein Zweifel, dass die Furcht vor den Schmerzen der Geburt ihren Teil zur Abnahme der Gebärlust beiträgt.

Das Wort der heiligen Schrift „unter Schmerzen sollst Du gebären“ hat nicht die Jahrtausende überdauernde, immer Geltung heischende sittliche Kraft der zehn Gebote. Es ist nur der Ausdruck der Zeit für die Beobachtung eines immer wieder mit und niemals ohne Schmerzen verlaufenden natürlichen Vorganges. Vielleicht wäre, wenn schon jene Zeit die Mittel gehabt hätte, die Geburtsschmerzen zu unterdrücken, dieses Wort „unter Schmerzen sollst du gebären“ gar nicht gesprochen worden oder anders ausgefallen. Nicht in dieser Form, in welcher es als göttliches Gebot aufgefasst worden ist.

Hat nun die Gegenwart die Pflicht, ja ich möchte fragen, das Recht, an der Forderung der schmerzhaften Geburt festzuhalten? Für die wissenschaftliche Bearbeitung dieser Frage scheidet das religiöse Motiv völlig aus, und die Frage erscheint dem Naturforscher in einer anderen Gestalt: Ist die sogenannte spontane Geburt in der heutigen Kulturmenschheit noch als ein völlig normaler Vorgang anzusehen? Vollzieht sich der Verlauf der Geburt nach Dauer, Wehenschmerz und Kräfteanforderung derart, dass sie ein rein normaler Vorgang genannt werden kann? Oder hat sich das menschliche Weib in seinem körperlichen und seelischen Zustand, in seiner Gebärfähigkeit und in der Eindrucksfähigkeit seines Nervensystems im Gange der Jahrtausende so geändert, dass der Ablauf der Geburt ein schwererer geworden ist und die Geburtsschmerzen heftiger empfunden werden?

Untersuchungen über die Gebärfähigkeit an der Hand von Landesstatistiken[1]) und vorurteilsfreie Beobachtung der Einzelfälle lassen meines Erachtens keinen Zweifel, dass die Fähigkeit unserer Frauen, normal zu gebären, in der Tat abgenommen hat. Auch

---

[1]) Max Hirsch, Fruchtabtreibung, Präventivverkehr und Geburtenrückgang. 1913.

unter den spontanen, d. h. ohne operative Hilfe ablaufenden Geburten befindet sich eine ganze Kategorie von Grenzfällen, welche eben noch eine Operation zu umgehen gestatten, in denen aber Dauer und Schmerzen das durchschnittliche Mass erheblich überschreiten. Gewiss ist an dieser Erscheinung die Zunahme der älteren Erstgebärenden erheblich beteiligt.

Der Vergleich mit dem Geburtenablauf bei den primitiven Völkern der Gegenwart, über welche Ärzte, Missionare und Reisende berichten, lässt gleichfalls erkennen, dass bei den sogenannten wilden Völkerschaften der Ablauf der Geburt weit schneller und leichter vor sich geht, dass bei ihnen Geburtsstörungen zu den Seltenheiten gehören, während mit zunehmender Kultur die Frauen häufiger abnormen Geburten unterworfen sind. Diese Erkenntnis ist Ploss zu danken, welcher systematisch die Ethnographie der Geburtshilfe betrieben hat.

So ist der Schluss berechtigt, dass unter dem Einfluss fortschreitender Kultur die Qualen der Niederkunft zunehmen und der Ablauf der Geburt sich immer mehr vom normalen Typus entfernt. Dem Fortschreiten dieses Prozesses Einhalt zu gebieten, ist Aufgabe der sozialen Hygiene. Ihre Mittel sind Förderung einer gesundheitsgemässen Lebensweise, körperliche Ertüchtigung, Abhärtung durch in vernünftigen Grenzen geübten Sport und Gymnastik, Hygiene der weiblichen Erwerbsarbeit, Hygiene der Pubertät, Verbot der Erwerbsarbeit weiblicher Kinder und Jugendlicher, Bekämpfung der Rachitis, Osteomalazie, Tuberkulose, Chlorose, Syphilis, kurz aller konstitutionellen Schäden.

Aber unmöglich ist es, das Rad der Menschheitsentwicklung rückwärts zu drehen und für den Ablauf der Geburt den Zustand primitiver Völkerschaften wieder herzustellen. Darum vertrete ich im Hinblick darauf, dass die Furcht vor den Schmerzen und Gefahren der Entbindung den Zeugungswillen herabsetzt, die fortpflanzungstherapeutische Forderung, dass der schmerzlosen Geburt in den Kreisen der Ärzte fortan eine grössere Aufmerksamkeit und Pflege gewidmet wird.

Auch die operative Gynäkologie hat jahrzehntelang den Fortpflanzungsfaktor vernachlässigt und erst in der letzten Zeit sich wieder darauf besonnen. Sie hat in der Hochflut der operativen Ära durch Totalexstirpation, durch Ovariotomien, Adnexoperationen und Tubenunterbindungen bedenkenlos Fortpflanzungswerte dem Heilzwecke nachgestellt und Hekatomben Ungezeugter geopfert. Ich erinnere unter vielem anderen aus der letzten Zeit an die Kastration, an die Entfernung des Fruchthalters bei tuberkulösen Schwangeren usw.

Diese Operationen sind selbst in Fällen ausgeführt worden, in denen nur Spitzenaffektionen bestanden haben, mithin kein Grund zu dauernder Vernichtung der Fortpflanzungsfähigkeit vorhanden gewesen ist. Ich erinnere ferner an die Myomoperationen, an die Strahlenbehandlung, an die Behandlung des wiederholten Tubenaborts. Es wird nicht bestritten werden können, dass in Zeiten üppiger Volksvermehrung der generative Faktor in Indikation und Therapie weniger beachtet zu werden brauchte, als es Geburtenrückgang und Kriegsverluste von nun ab erforderlich machen. In Zukunft wird neben dem Heilfaktor den generativen Gesichtspunkten mehr Einfluss auf das Handeln eingeräumt werden müssen. Die Entscheidung zwischen konservativem und operativem Vorgehen, über Art und Umfang des operativen Eingriffes werden nicht mehr allein die Beseitigung der Beschwerden, sondern auch die Wiederherstellung und Erhaltung der Befruchtungs- und Gebärfähigkeit anstreben müssen. Bei der Beurteilung operativer Methoden muss der generative Faktor ein gewichtiges Wort mitsprechen.

Ein Wort noch verdient die Behandlung der weiblichen Unterleibsorgane mit Röntgenstrahlen. Ihr Indikationsbereich wird fast täglich erweitert, und es werden grosse Hoffnungen auf die Röntgenröhren gesetzt. Ist man doch so weit gegangen, zur Beseitigung der Dysmenorrhöe die Reizwirkung der Röntgenstrahlen auf die Eierstöcke zu benutzen und so das grosse Heer der anämischen, chlorotischen, asthenischen Mädchen vor, in und nach der Pubertät zu bestrahlen. Demgegenüber muss nachdrücklich darauf hingewiesen werden[1]), dass die Röntgenstrahlen ein Keimgift sind wie der Alkohol, das Virus syphiliticum, Blei, Quecksilber, Nikotin, Bakterientoxine und andere Stoffe. Ihre Wirkung nach Art und Grad auf die Zelle und ihre pharmakodynamischen Eigenschaften sind nicht genügend erkannt, um ihre Verwendung als Mittel zur Behandlung der Keimdrüsen zu rechtfertigen. Sie sind daher als solches aus eugenetischen Gründen vorerst abzulehnen.

Die Erfahrungen des Tierexperiments und insbesondere die Ergebnisse der Untersuchungen von Hertwig geben zu Befürchtungen für die Nachkommenschaft Veranlassung. Allerdings ist Werner vor kurzem auf Grund klinischer Beobachtung zu dem Ergebnis gekommen, dass die durch die Strahlenbehandlung herbeigeführte Schädigung der Eierstocksfunktion bei jugendlichen Individuen nur eine vorübergehende und einer vollständigen Wiederher-

[1] Max Hirsch, Röntgenstrahlen und Eugenetik. Zentralbl. f. Gynäkologie. 1914. Nr. 32.

stellung zugänglich sei, wie sich nicht nur aus dem fast konstanten Wiedereintreten der Menstruation nach Bestrahlungsamenorrhöe binnen kürzerer oder längerer Zeit, sondern auch aus der Möglichkeit ergebe, dass solche Frauen konzipieren und vollständig normal entwickelte Kinder zur Welt bringen können. Aber er berichtet doch auch von einem unter 6 Fällen, dass der Befund des Kindes einigermassen auffallend gewesen sei. Er bestand in Mindermass von Länge und Gewicht, fahler Farbe und schlaffer, faltiger Beschaffenheit der Haut. Eine nach 10 Monaten vorgenommene Nachuntersuchung habe aber ergeben, dass auch dieses Kind sich ausgezeichnet entwickelt habe und kräftig und gesund sei.

Nürnberger hat Tierversuche an nahezu 400 Tieren ausgeführt und in keinem Falle an der Nachkommenschaft eine Strahlenschädigung beobachtet. Die von ihm untersuchten Kinder von Frauen, deren Keimdrüsen vorher bestrahlt wurden, sind alle normal gefunden worden.

Dagegen haben neuerdings Versuche von Unterberger an Schmetterlingen ausgesprochene Schädigung der Nachkommen hinsichtlich Grösse und Fertilität ergeben. Noch grösser waren die Schäden bei der zweiten Generation.

Die Warnung vor Bestrahlung junger Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter besteht also nach wie vor zu Recht.

Auch in der kleinen Gynäkologie wird der Fortpflanzungsgedanke arg vernachlässigt. Die weiblichen Genitalorgane werden einer Unzahl unnötiger Massnahmen und Handgriffe unterworfen und bilden den Tummelplatz einer übel angebrachten Vielgeschäftigkeit.

Uterussonde [1]), Uterusspritze, Ätzstäbe werden bedenkenlos in sie eingeführt, als handle es sich nicht um Organe der inneren Leibeshöhle. Der Gebrauch dieser Instrumente ist durch die Entwicklung der Gynäkologie grösstenteils überholt. Die Lehre von der Endometritis, von der Dysmenorrhöe und Sterilität und die Ergebnisse der Konstitionspathologie lehren, dass es sich in den meisten Fällen gar nicht um Genitalleiden, sondern um genitale Symptome von allgemeinen Erkrankungen handelt. Sei es, dass sie als lokale Veränderungen (Erosion und Zervixkatarrh), sei es, dass sie als funktionelle und trophische Störungen (Anomalien der Ovulation und Menstruation, der Sekretion der Zeugung) oder als Innervationsstörungen (Hyperästesien, Par-

[1]) Max Hirsch, Die Uterussonde ist ein gefährliches und entbehrliches Instrument. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin am 14. Juli 1922. S. Zentralbl. f. Gynäk. 1922.

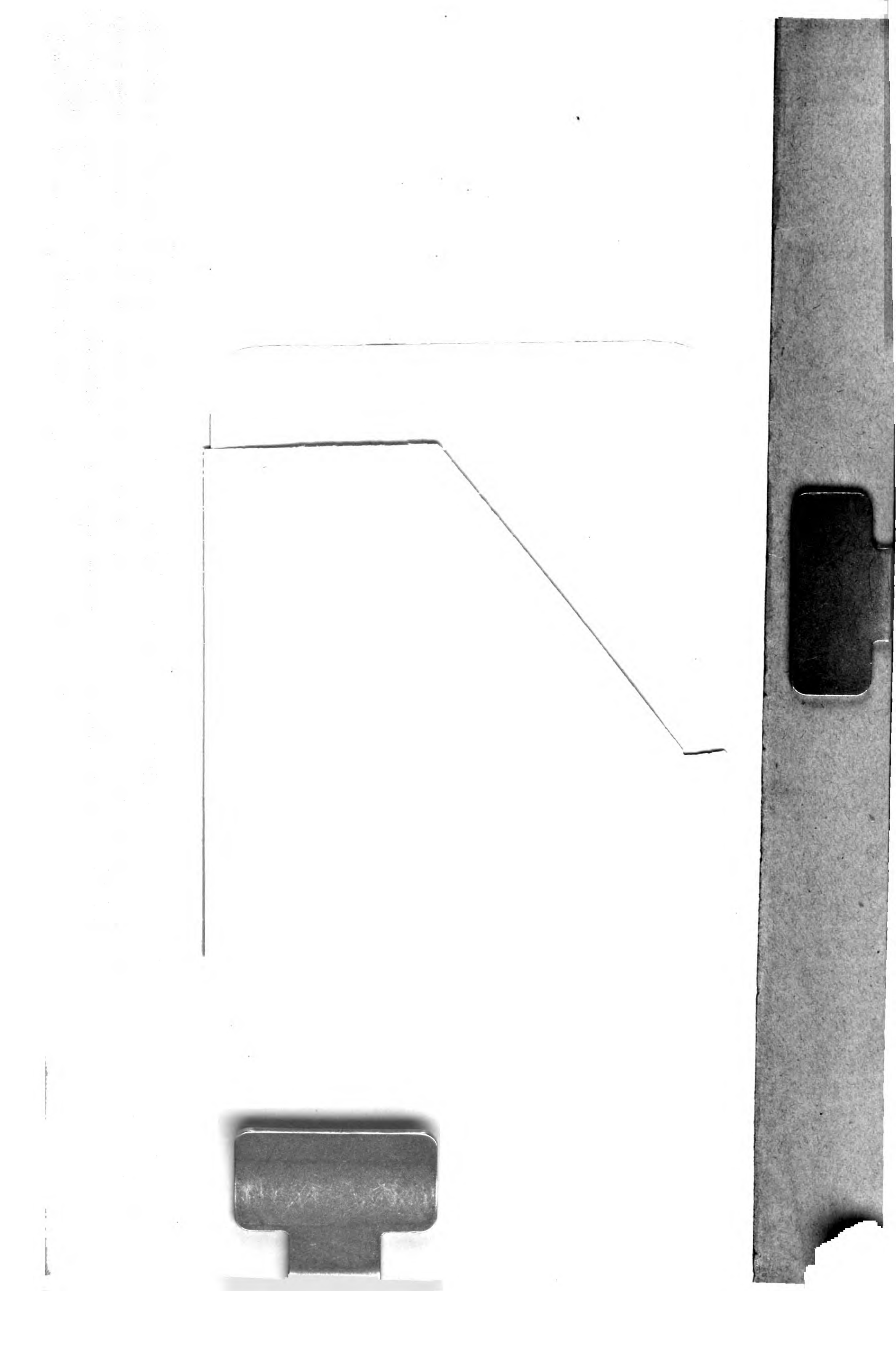
ästesien, Anästesien, Neuralgien) auftreten. In allen diesen Fällen ist eine lokale Behandlung nicht nur überflüssig, sondern sogar im höchsten Grade schädlich. Sie ist schädlich nicht nur für den Allgemeinzustand der Patientinnen, sondern auch mit bezug auf den Schutz und die Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit. Der Gebrauch der vorher genannten Instrumente kann nicht nur ein eben angelegtes Ei zerstören — und man kann niemals wissen, ob nicht eine ganz junge Schwangerschaft in Entwicklung begriffen ist — sondern er macht auch, insbesondere wenn ätzende Flüssigkeiten verwendet werden, die Uterusschleimhaut zur Ansiedelung des Eies dauernd unbrauchbar. Das gleiche gilt von manchen Apparaten der physikalischen Therapie. Auch sonst müssen die Unterleibsorgane der Frau schon bei der Untersuchung von groben Manipulationen verschont bleiben. Es muss die verlorengegangene Überzeugung wieder geweckt werden, dass Uterus, Tuben und Ovarien, tief im Becken gelegen und mit knöchernem Schutz umgeben, zarte und empfindliche Organe sind. Oft genügt eine einzige entzündliche Attacke, um ihre generative Funktion auf Lebenszeit zu vernichten. So ist auf dem Gebiete der kleinen Gynäkologie vieles verbesserungsbedürftig, und so kann vieles geschehen, bzw. es kann vieles unterlassen werden, um die Fortpflanzungsfähigkeit zu erhalten.

Ich erachte es für eine dringende Forderung, dass die Lehre von der Fortpflanzung, d. h. die Physiologie, Pathologie, Therapie und Soziologie der Fortpflanzung in Zukunft eine geschlossene Darstellung im Rahmen des geburtshilflich-gynäkologischen Unterrichts erfährt[1]) und so in den Gedankenkreis der kommenden Ärztegenerationen übergeht. Sie gibt ihnen das Rüstzeug, das Geburtenproblem in seinen Wurzeln zu erkennen und zu seiner Lösung beizutragen in einer Weise, welche den gerechten Ausgleich schafft zwischen dem Interesse des Einzelnen und dem der Allgemeinheit.

---

[1]) Max Hirsch, Die Bedeutung von Sozialgynäkologie und Frauenkunde für Praxis und Unterricht. Zentralbl. f. Gynäkol. 1920. Nr. 47. — Gedanken und Vorschläge zur Neuordnung des geburtshilflichen und gynäkologischen Unterrichts. Arch. f. Frauenk. u. Eugenetik. 1920. Bd. 6. H. 3/4.





Verlag von Curt K[illegible] [illegible]5.

Aerztliche [illegible] [illegible]ung [illegible]stunde.

Eine neue Sammlung guter, laienverständlicher Bücher auf dem Gebiete der Gesundheitspflege. Verfasser der einzelnen Bände sind ärztliche Schriftsteller ersten Ranges.

Es erschienen:

No. 1: **Chronischer Darmkatarrh, Darmschmarotzer.**
(Spulwurm, Madenwurm, Bandwurm usw.) Ursachen, Wesen und Bekämpfung. Von Dr. med. A. Sopp, Frankfurt a. M. IV u. 65 Seiten. 1920.

No. 2: **Chronische Stuhlverstopfung, Hämorrhoiden**
ihre Ursachen, Wesen und Bekämpfung. Von Dr. med. A. Sopp, Frankfurt a. M. IV u. 57 Seiten. 1920.

No. 3: **Gesundheits- und zeitgemäße Ernährung.**
Gemeinverständlich dargestellt von Dr. med. A. Sopp, Frankfurt a. M. VI u. 58 Seiten. 1921.

Die Sorge ums „tägliche Brot" wird an Schärfe verlieren für den, der diese Ratschläge sich zu eigen macht, manche Ausgabe für unzweckmässige Nahrungsmittel wird vermieden, wer sich von Dr. Sopp beraten lässt.

No. 4: **Schönheitsfehler und ihre Behandlung.**
Von Sanitätsrat Dr. S. Jessner, Königsberg i. Pr. 5., verbesserte Auflage. 156 Seiten mit 11 Abbildungen im Text. 1923.

No. 5: **Leitfaden der weiblichen Gesundheitspflege.**
Von Hofrat Dr. S. Flatau. VIII u. 133 Seiten mit 18 Abbildungen im Text. 4., erweiterte Auflage. 1922.

No. 6: **Suggestion und Hypnose,**
ihr Wesen, ihre Wirkungen und ihre Bedeutung als Heilmittel. Von Dr. med. A. Sopp. 3., ergänzte Auflage. VIII u. 75 S. 1922.

No. 7: **Die Gicht,**
ihre Ursachen, Gefahren und Bekämpfung. Von Dr. med. A. Sopp, 50 Seiten. 1922.

No. 8: **Die Syphilis.**
Laienverständlich erklärt von Dr. P. Orlowski. 3., ergänzte Auflage. IV u. 47 S. 1922.

No. 9: **Der Tripper.**
Laienverständlich erklärt von Dr. P. Orlowski. 3., ergänzte Auflage. IV u. 47 S. 1922.

No. 10: **Die Geschlechtsschwäche.**
Laienverständlich erklärt von Dr. P. Orlowski. 2., ergänzte Auflage. 35 S. 1922.

No. 11: **Die Gallensteinkrankheit**
und andere Erkrankungen der Leber und Gallenblase, ihre Ursachen, Wesen, Verhütung und Bekämpfung. Von Dr. med. A. Sopp. Etwa 60 Seiten. 1922.

Fettleibigkeit,
ihre Ursachen, Gefahren und Bekämpfung. Von Dr. med. A. Sopp. VIII u. 84 Seiten. 1912.

Die Zuckerkrankheit (Diabetes),
ihre Ursachen, Wesen und Bekämpfung. Von Dr. med. A. Sopp. 2., verbesserte und erweiterte Auflage. IV u. 90 S. 1914.

Nach dem übervalutigen Ausland wird in der betr. Landeswährung berechnet.

Universitätsdruckerei H. Stürtz A.G., Würzburg.